

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofredacteur
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltoven, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*
mw M.M. Stolp, *secretaresse*

Redactieadres

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw dr C. Vermeulen-Meiners

Secretariaat bestuur

Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel

*Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:*
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten
voor een abonnement f 179,50 (inclusief BTW);
België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost:
f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-
KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238 (mw A. Toonen)
telefax 03465-54287

Advertenties

- Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58222/58244
(P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)
telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58248
(J. Alvarez) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor
het gevoerde beleid verantwoording ver-
schuldigd aan de Algemene Vergadering
van de KNMG. De besturen van de KNMG en
de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud
van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij
bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 12 augustus 1994

MEDISCH CONTACT

Dit is het derde van vier dubbelnummers: 27/28 (15 juli) 29/30 (29 juli) 31/32 (12 augustus) 33/34 (26 augustus)

981 C. Spreeuwenberg

Revalidatiegeneeskundig onderzoek

983 Sabine Wildevuur

Prinsengrachtziekenhuis gefuseerd verder. Locatie blijft behouden

985 R.A. te Velde

Medisch handelen met betrekking tot patiënten in een vegetatieve toestand. Een advies van de Gezondheidsraad

987

Algemene gegevens intramurale gezondheidszorg. Cijfers CBS 1993

991 S.E.J. Arts, T.J.J.M.T. Kersten en D. Wijkel

De korte verwijzingskaart als surrogaat voor de consultkaart. Een Amsterdamse evaluatie

995 B. Wijnberg

Wetgeving gezondheidszorg. Een Wet Medische Experimenten. Waarom en waartoe?

997 J. Bennebroek Gravenhorst

Wetgeving gezondheidszorg. Wet medische experimenten met mensen. Knelpunten

999 E.J.C. de Jong

De rol van medisch-ethische commissies bij medische experimenten. Een wetsvoorstel

1003 J. Wijkstra

Managementparticipatie en ziekenhuisdirectie. Over beheren en behandelen

1005 Tj. Wiersma

CARA is geen CARA. Drie visies

Verder onder meer:

- 978 Brieven • 982 Voorzitterscolumn LSV • 990 Berichten •
- 994 Uit de Farmaceutische Hoofdinspectie • 1002 Engels dagboek •
- 1004 Praktijkperikel • 1013 Uitspraak Medisch Tuchtcollege •
- 1014 Boeken • 1015 Officieel • 1020 Agenda •

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Jeugdgezondheidszorg

E EN VAKAPART?

Naar aanleiding van de artikelen van Bangma en Haartsen, alsmede van Meulmeester, Van Weert-Waltman, Pijpers en Brouwer over de jeugdgezondheidszorg (MC nr. 10/1994, blz. 331 respectievelijk MC nr. 20/1994, blz. 681) zou ik als consultatiebureau-arts willen reageren.

In beide artikelen wordt de inbreng van de CB-artsen genegeerd of geminimaliseerd. Bovendien wordt hun bekwaamheid in twijfel getrokken, daar zij te weinig ruimte zouden hebben voor deskundigheidsbevordering.

Ik kan alleen oordelen vanuit de situatie die voor mijn collega's en mezelf geldt in Limburg.

- Het dienstverband, als het gaat om LAD-artsen, komt in de meeste gevallen overeen met minimaal 3 tot 4 bureaus per week; zij zien iedere week minimaal zo'n 40 tot 50 kleuters of zo'n 55 tot 75 zuigelingen, of een mengeling daarvan: meer dan menige huisarts en voldoende om in de loop der jaren een goede werkervaring op te bouwen. Daardoor wordt de CB-arts op het terrein van de preventie mogelijk soms bekwaamer dan de huisarts, met name aangaande vertraagde taalontwikkeling, vertraagde motorische ontwikkeling, visusstoornissen en psychosociale problematiek.

- Zowel de districtsartsen als de CB-artsen zelf wordt groot onrecht aangedaan, gezien de inspanningen die zij zich getroosten op het gebied van de deskundigheidsbevordering (nogmaals: tenminste in Limburg). De ruimte daarvoor wordt gevonden door het meestal in eigen tijd te doen:

° De districtsartsen organiseren gezamenlijk symposia, verzorgen bijscholingscursussen (bijvoorbeeld over pedagogiek of motorische ontwikkeling), implementeren nieuwe protocollen, verspreiden kennis door de CB-artsen te attenderen op alle belangrijke publikaties en kopieën daarvan op ruime schaal te versturen.

° De CB-artsen zijn begonnen met intercollegiale toetsingsgroepen, op initiatief van de Limburgse CB-artsenvereniging. Sinds oktober 1993 draaien er drie groepen, die de inventarisatiemethode van de Stichting O&O toepassen en waarin nagenoeg alle

LAD-artsen uit Limburg meedraaien. Externe deskundigen (specialisten uit de streek) worden systematisch geraadpleegd om de gemaakte afspraken te toetsen.

° Er zijn voorts ontelbare JGZ-symposia en PAOG-cursussen, die gretig worden gevolgd door de CB-artsen.

Maar het niet beschreven en waarschijnlijk allergrootste bezwaar tegen de CB-artsen is, dat zij niets doen aan epidemiologie en dat zij niet meedoen aan het terugdringen van de risico's door de risicogroepen via epidemiologische studies verder te bestuderen. Met betrekking hiertoe wil ik enkele opmerkingen maken:

- De tijd waarover de CB-artsen beschikken om hun solistische taak te verrichten is dermate krap bemeaten dat er in de huidige setting een minimale ruimte is voor het bedrijven van epidemiologie. Een andere beroepsgroep zou onmogelijk meer kunnen doen onder dezelfde tijdsdruk. Maar de inzet van de CB-artsen is groot: zij zijn zeker bereid om hun energie, kennis en beschikbare tijd in te zetten voor epidemiologische studies.

- Preventie is gericht op de vroege opsporing van ontwikkelingsstoornissen, welke dan ook, en op het vermijden van risico's. CB-artsen doen hun best (via de al genoemde deskundigheidsbevordering) om hun bekwaamheid op het terrein van de vroege opsporing steeds te verbeteren. De

kruisorganisatie doet al heel veel om de bekende risico's te minimaliseren, zelfs weg te krijgen. En er zijn risico's, met name in de psychosociale sfeer, die niet zomaar te beïnvloeden zijn op geleide van een epidemiologische studie. Wat dan telt, is het vertrouwen dat de leden van deze risicogroepen in de hulpverleners stellen. De inzet van veel CB-teams om te helpen bij psychosociale problematiek of om die te voorkomen heeft een impact ter zake van het verminderen van de risico's die niet te becijferen is en niet in een statistiek is te kwantificeren.

Maastricht, juli 1994

mw M. Heidendal-Jeune, CB-arts

Naschrift (1)

Het antwoord van mw Heidendal kan wellicht aanleiding zijn tot een verdergaande bespreking van een nieuwe organisatie van de jeugdzorg.

Schrijvers hebben het probleem benaderd vanuit de hoek van de huisarts en vanuit die van de GGD. De consultatiebureau-arts is daarbij niet gezien als een quantiteit négligeable.

De schrijvers zijn echter de mening toegedaan dat het consultatiebureauwerk in feite behoort tot het werkgebied van de huisarts. In het verleden hebben de huisartsen dat verwaarloosd. Nu in de gezondheids-

Bij de voorplaat

Expecta!

Hoewel zijn functie van lijfarts van de Engelse koning Charles II en later van 'onze' koning-stadhouder Willem III voldoende waarborgen biedt voor zijn medische expertise, heeft de naam van Gedeon Harvey (1640?-1700?), die men overigens niet moet verwarren met zijn beroemde naamgenoot en ontdekker van de bloedsomloop William Harvey, toch bij veel schrijvers een minder gunstige klank. Deze reputatie dankt hij aan zijn scherpe aanval op de medische stand van zijn dagen, die hij beschuldigde van "intrigues, frauds and plots against their patiënts". Zijn medisch betoog richtte zich vooral tegen de gangbare therapie van koortsende ziekten, waarbij begonnen werd met een emeticum, gevolgd door klysma's met een catharticum. Volgens Harvey deed een medicus er beter aan om de aloude, in de Hippocratische geschriften gepropageerde expectatieve methode te volgen. Het activisme van zijn vakbroeders diende plaats te maken voor een afwachterende methode, waarbij de medicus zich als

minister non magister naturae manifesteerde.

De uiteenzetting van deze ideeën vindt men in zijn boek uit 1689, getiteld The art of curing diseases by expectation: with remarks on a supposed great case of apoplectick fits, waarvan de Latijnse uitgave in 1695 te Amsterdam verscheen, aangevuld met Harvey's beschouwing De vanitibus, dolis et mendaciis medicorum. De titelprent van laatstgenoemde uitgave is hier afgebeeld: de medicus volgens het ideaal van Harvey zit naast het bed van zijn patiënt aan tafel en schrijft daar zijn devies in kapitale letters: "Expecta!" De patiënt, die getuige de uitbundigheid van het meubilair tot de gegoede kringen behoort, kijkt meer gelaten dan afwachterend toe. Links in de deuropening verschijnt een collega met de gewraakte klisterspuut en een medicijnfles, waarin ongetwijfeld een emeticum zit. De taferelen op de beide schilderijen aan de muur zijn niet thuis te brengen.

• prof.dr M.J. van Lieburg



zorg meer en meer plaats wordt ingeruimd voor de preventie en zowel de huisarts als de GGD preventie als zijn taak erkent, dient de consequentie te worden getrokken dat de consultatiebureaus in feite geen bestaansrecht meer hebben.

Een groot aantal CB-artsen op het platteland is huisarts. Daardoor doen zij reeds het preventieve werk dat in hun takenpakket thuis hoort. Bovendien zijn deze CB-artsen geheel gericht op en bekend met de (eigen) huisartspraktijk.

Waar collega Heidendal schrijft dat preventie gericht is op de vroege opsporing van ontwikkelingsstoornissen en op het vermijden van risico's, is de huisarts meer dan de CB-arts in engere zin op de hoogte van de familieanamnese. Via 'case-finding' door de huisarts in zijn eigen praktijk kunnen met hulp van de jeugdarts van de GGD epidemiologie, (collectieve) preventieprogramma's en voorlichting tot ontwikkeling worden gebracht. De huisarts kan aan de hand van de gevonden epidemiologische gegevens zijn 'case-finding' verbeteren, en uit de collectieve preventieprogramma's en collectieve voorlichting de individuele preventie en voorlichting in zijn praktijk aanpassen.

Schrijvers willen niet afdoen aan de inzet en aan het werk van de CB-artsen. Wel achten zij de tijd gekomen dat er een reële discussie op gang komt over plaats en functie van het consultatiebureau voor 0-4-jarigen. Niet alleen vraagt de Wet op de Collectieve Preventie bezinning op het werk van GGD, huisarts en consultatiebureau, ook moet worden vastgesteld dat de bezuinigingen binnen de volksgezondheid herbezinning vragen op de bestaande voorzieningen. Binnen de GGD's is reeds te merken dat er vraagtekens worden gezet bij het periodiek schoolonderzoek van gezonde kinderen. De afdelingen Jeugdgezondheidszorg worden hier en daar reeds omgebouwd tot afdelingen voor collectieve preventie en voor gericht epidemiologisch onderzoek.

Door schrijvers werd gesteld, dat de verpleegkundigen van de consultatiebureaus door hun kennis van zaken zeker haar aandeel kunnen blijven behouden in de voorlichting en het preventief onderzoek van 0-4-jarigen. Schrijvers is niet bekend hoeveel consultatiebureau-artsen niet ook huisarts zijn. Verondersteld mag worden dat dit niet de grootste groep is onder de CB-artsen, gegeven het feit dat dezen in de grote steden werkzaam zijn. Overwogen dient te worden hoe de expertise van deze

artsen kan worden behouden voor preventief onderzoek en voorlichting nieuwe stijl.

Amersfoort, juli 1994

P. Bangma

A.B. Haartsen

Naschrift (2)

We danken collega Heidendal-Jeune hartelijk voor haar reactie, want die biedt ons de gelegenheid een en ander recht te zetten. Allereerst verstaan wij onder 'artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg' alle arts- en verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 tot 19 jaar, dus ook consultatiebureau-artsen.

Wat betreft de deskundigheidsbevordering gaan we in ons artikel uit van het landelijk beeld zoals dat in een kleinschalig onderzoek is aangetroffen en is bevestigd door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. We weten dat de jeugdgezondheidszorg in de provincie Limburg een wat andere traditie heeft dan die bij de kuisorganisaties in de meeste andere provincies. In Limburg kregen en krijgen de arts- en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen (consultatiebureau-artsen en districtsartsen) de gelegenheid zich goed te (laten) scholen. Overigens wilden wij met ons artikel op geen enkele wijze suggereren twijfel te hebben aan de inzet van arts- en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen. We weten dat de persoonlijke inzet vaak zeer hoog is en dat het mede daaraan te danken is dat in sommige regio's de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen niet tot het absolute minimum gereduceerd is. Maar programmatische preventie, zoals de jeugdgezondheidszorg, mag niet alleen afhankelijk zijn van de inzet van gemotiveerde individuen, maar dient ingebed te zijn in een organisatie/instelling die dit tot haar taak rekent en daarvoor de noodzakelijke voorwaarden schept. De organisatie is dan ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van het geleverde werk. Een middel om de kwaliteit van de medewerkers te bevorderen en te handhaven is deskundigheidsbevordering, en dit kan en mag niet alleen aan het initiatief van de individuele medewerkers worden overgelaten; dit bevordert de zo gewenste (landelijke) uniformiteit niet. Preventie is dus geen solistische aangelegenheid en vereist, zeker bij kinderen, continuïteit en longitudinaliteit van zorg door een zorgsysteem dat toegankelijk is voor alle kinderen in Nederland en waarvan kinderen met de grootste kans op ongezondheid het meest profiteren.

Leiden, juli 1994

J.F. Meulmeester

M.L. van Weert-Waltman

F.I.M. Pijpers

H. Brouwer

Doen of laten?

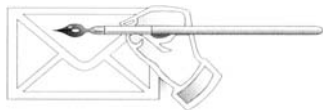
De verantwoordelijkheid van de medicus jegens ernstig gehandicapte kinderen

IN MC NR. 13/1994, BLZ. 428, fundeert M.A.M. Pijnenburg de waardigheid van de mens binnen een theologisch perspectief, namelijk de bestemming van de onsterfelijke ziel van de mens bij God, de schepper van alle leven. Deze waardigheid heeft een absolute status. Deze absolute norm heeft in het verleden de massale aantasting van de menselijke waardigheid via de inquisitiepraktijken, de kruistochten, de jodenhaat, etcetera, niet kunnen verhinderen. Ook het funderen van de menselijke waardigheid op de natuurlijke orde in het heelal, gezien als een hiërarchische rangorde van bestaanden, zoals bij Plato en Aristoteles en in Genesis 1:26-28, gaf problemen, gezien de huidige bevolkings- en milieuproblematiek.

Buiten een theologisch perspectief is de waardigheid van de mens relatief. Een waarde wordt dan aangenomen op basis van een vermeend of werkelijk criterium, hetgeen aanleiding heeft gegeven tot racisme, seksisme, slavernij, etcetera. In de Universele Verklaring van de Mens van 1948 wordt de waardigheid van de mens gezien als grondslag voor vrijheid, gerechtigheid en vrede. In de filosofie van bijvoorbeeld Pico Mirandola en Kant wordt echter juist de vrijheid en autonomie van de mens gezien als fundament voor zijn waardigheid. De inhoud van de waardigheid van de mens blijkt over het algemeen weinig nauwkeurig omschreven. Over waarden en normen spreekt men vaak alsof het dingen zijn die er op enigerlei wijze zijn. Waarden en morele normen worden echter bepaald zowel naar inhoud als vorm door de historisch-culturele context waarin we leven en mede bepaald door de feitelijke aanvaarding van de grote meerderheid van de bevolking.

De basisnorm van het handelen van de arts is eerbied voor het menselijk leven. Autonomie of zelfbeschikking van het individu wordt beschouwd als basisnorm in de medische ethiek. Het oplossen en beantwoorden van medisch-technische vragen doet morele vragen ontstaan. De toepassing van nieuw ontwikkelde medische technieken wordt dan ook door ethici commentariseerd. Het lijkt erop of morele dilemma's daardoor niet worden opgelost, maar min of meer verdwijnen.

We leven in een pluralistische maatschappij. Het al of niet juist zijn van overtuigin-



gen is niet objectief te beantwoorden. We zullen dus tolerant moeten zijn. Ziekte, gebrek en dood zijn onvermijdelijk met het leven gegeven. Aandacht moet dus worden gegeven aan het leren omgaan met onmacht, met het leren dragen van onvermijdelijkheden. Ook dat is een moreel gegeven. Vertrouwing was, is en blijft een belangrijke taak van de arts en is een doeleinde van het medisch handelen.

Goirle, juli 1994
dr. A.J. Swaak

Elektronische communicatie

COMMUNICEREN is zo oud als de wereld. De wijze waarop men communiceert verandert. Waar onze voorouders voornamelijk brieven schreven, gingen wij telefoneren en faxen. Via datacommunicatie gaan onze betaalopdrachten de deur uit, via satellietverbindingen kijken we in de tuin van de buurman in een ander werelddeel.

Wij artsen zijn redelijk behoudend. Een enkeling waagt zich aan communiceren via de computer. De meeste artsen zijn de mogelijkheden van dit medium nog onbekend.

De mogelijkheden van elektronische communicatie zijn intussen wel door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde onderkend. Dat heeft geleid tot EPOS, een elektronische postbus voor medisch specialisten, die in principe toegankelijk is voor alle medisch specialisten (via hun wetenschappelijke verenigingen) en hun koepelorganisaties.

U moet zich bij dit medium inderdaad een soort postbus voorstellen: U belt met EPOS en krijgt de melding of er berichten voor u zijn. Zo'n bericht kan seconden tevoren door iemand zijn geplaatst. U kunt de berichten direct lezen of ze ophalen naar uw eigen computer en, nadat u het contact heeft verbroken, ze thuis lezen of afdrucken. U kunt ook berichten achterlaten. Privé-berichten kunnen alleen worden gelezen door de afzender en de geadresseerde.

Onderdelen die voor alle deelnemers (specialisten) toegankelijk zijn, zijn: registratie, deelnemerslijst, postbusfunctie,

markt (aanbod goederen en diensten), overzicht van aanwezige bestanden (in library's gegroepeerd) en forums. Zo'n forum kan per wetenschappelijke vereniging en per koepelorganisatie worden opgezet; het is dan alleen toegankelijk voor leden.

Het forum voor de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Pediabox, is intussen in bedrijf. Het omvat: mededelingen van bestuur en beroepsbelangencommissie; mededelingen van secties en commissies, protocollen voor behandeling en diagnostiek; vacatures; nascholingsactiviteiten, abstracts van refereeravonden en dergelijke; vraagbaak automatisering; produktinformatie; discussiehoek; agenda (aankondigingen, afzeggingen, notulen); enquêtes (patiënten gezocht voor onderzoek, etc.).

Met een computer (merk onbelangrijk), een modem, programmatuur om te zenden en te ontvangen, en een telefoonlijn kunt u al meedoen. U kunt 'medisch contact' maken via elke telefoon ter wereld. Na een eerste kennismaking is de bediening van het medium simpel. Computerangst is ongegrond.

Wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties kunnen voor informatie contact opnemen met de systeembeheerder van EPOS, Tele Connect, tel. 035-282245. Medisch specialisten kunnen met hun modem bellen naar EPOS, tel. 035-217335, om zo hun eerste schreden te zetten op de elektronische snelweg.

Renkum, juli 1994
H.T. Spit, kinderarts, systeembeheerder van Pediabox

XTC

EN STREEP IN HET ZAND

EBlijkens het artikel 'Razernij uit een pil en de dood op de dansvloer' op de voorpagina van NRC-Handelsblad van 18 mei 1994 wordt F. Rutten van de afdeling Spoedeisende Hulp van het Dijkzigtziekenhuis "hels" van de "schandalige onderschatting van XTC". Mijns inziens terecht. Het is opvallend, dat de overige deskundigen kennelijk geen kwaad woord over XTC als doodsoorzaak willen horen. Wellicht dat zij 'hulp' beogen, met 'zorg' heeft hun inbreng niets te maken. Ik krijg evenals Rutten de indruk dat niet één van genoemde verslavingsdeskundigen onderkent dat psychotrope stoffen lichamelijke schade, krankzinnigheid of dood tot gevolg kunnen

Rechtzetting

Opnemen en behandelen met de BOPZ

In de serie 'Wetgeving gezondheidszorg' schreef de psychiater dr A.J. Tholen, chef de clinique in het Academisch Ziekenhuis Groningen, een van de beide bijdragen over opnemen en behandelen met de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in MC nr. 27/28 (15 juli 1994). Ten onrechte werd hij bij die gelegenheid opgevoerd als klinisch geriater.

Redactie Medisch Contact

hebben. Laat staan dat zij daar enige verantwoordelijkheid voor voelen. Een dergelijke opstelling is meer passend voor een gebruiker dan voor een hulpverlener. Met als gevolg dat er kennelijk geen vinger wordt uitgestoken om de schadelijke gevolgen voor de (geestelijke) gezondheid te voorkomen. Dat is rampzalig voor de verslaafdenzorg, die juist preventie hoog in het vaandel heeft staan. Hoewel ik er van alles bij denk, heb ik er geen zin in om te speculeren over 'the black hole' waarin de verantwoordelijkheid van zowel gebruiker als hulpverlener doorgaans verdwijnt wanneer er psychotrope stoffen in het geding zijn.

We leven in een tijd waarin de druk op de gezondheidszorg toeneemt en waarin we geen extra belasting kunnen hebben. Ik ben tot nu toe geen enkele ex-verslaafde tegengekomen die op zijn bestaan als gebruiker terugkijkt als op een volwaardig, gezond en nuttig bestaan. Nee, ze zijn blij dat dat bestaan achter de rug is. Er moeten keuzen in de zorg worden gemaakt. Zorg met een hoog rendement tegen een goede prijs moet worden gestimuleerd, hulp zonder noemenswaardig effect dient te worden beëindigd. En dat laatste geldt met name voor 'hulp' die op geen enkele wijze bijdraagt aan het intomen van misbruik van psychotrope stoffen. Het is de hoogste tijd dat er een streep in het zand wordt getrokken. •

Dwingeloo, juli 1994
P.M. Donker

Revalidatiegeneeskundig onderzoek

PER 1 JANUARI 1992 is de erkenningsbeschikking revalidatiecentra vervallen. Hierdoor zijn verzekeraars niet meer verplicht de revalidatiecentra te contracteren.

Een probleem voor de revalidatiecentra is, dat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Tarieven gezondheidszorg (WTG) in principe niet meer van toepassing zijn, maar dat er nog steeds geen goed alternatief voor in de plaats is gekomen. Er is derhalve sprake van een beleidsvacuüm, waarbij iedereen zich in principe op de revalidatiemarkt kan bewegen, maar zaken als nieuwbouw officieel niet ter hand kunnen worden genomen. Het gevolg van deze situatie is dat de revalidatiecentra erg onder druk staan om creatieve oplossingen te vinden. Dit heeft ze sterk afhankelijk gemaakt van de verzekeraars; gelukkig pakt dit niet altijd in het nadeel van de centra uit.¹ Revalidatiecentra en verzekeraars werken hard aan systemen van produktdefiniëring en van prijs- en produktieafspraken. Van Beek en De Bie geven aan dat de taak van de revalidatiearts aan het verschuiven is: deze neemt niet alleen beslissingen als een beslissing tot (proef)opname, maar wordt ook verantwoordelijk voor de besteding van het daarvoor ter beschikking gestelde budget.

Onvermijdelijk zal de verzekeraar de nieren van de revalidatiearts gaan proeven. De revalidatieartsen zullen de komende jaren derhalve moeten bewijzen wat hun meerwaarde is ten opzichte van andere specialisten, andere deskundigen als bewegingswetenschappers en paramedici als fysiotherapeuten en ergotherapeuten.

Hoewel het specialisme revalidatiegeneeskunde al in 1956 is erkend, heeft het nog steeds de kenmerken van een jong specialisme. Zoals ik dat onlangs voor de geriatrie heb beschreven, kenmerken jonge specialismen zich bijna wetmatig door zich in het begin te concentreren op patiëntenzorg en pas later op onderwijs en onderzoek.² Het gemeenschappelijk kenmerk is meer de invalshoek van waaruit naar de patiënt wordt gekeken dan de binnen de discipline opgebouwde 'body of knowledge'.

Het doel van de revalidatiegeneeskunde is bij te dragen aan het verminderen van de gevolgen van ziekte voor het dagelijks functioneren bij mensen bij wie volledig herstel of genezing niet mogelijk is. Er is een indicatie voor revalidatiegeneeskundig handelen indien er *blijvende* beperkingen en handicaps te verwachten zijn, er sprake is van meervoudige en complexe revalidatiedoelen, en de patiënt leerbaar en trainbaar is.³ Zoals al uit de naam van het door de WHO voor de revalidatiegeneeskunde aanbevolen classificatie-

systeem ICIDH blijkt, gaat het in de revalidatie om de elementen stoornissen, beperkingen en handicaps.

Belangrijk voor de ontwikkeling van een vakgebied is de aanwezigheid van een 'scientific community'. In Nederland fungeert de Vereniging voor Revalidatie-Arten (VRA) als zodanig. Internationaal vormen de International Rehabilitation Medicine Association (IRMA) en de International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation het wetenschappelijk forum. De VRA realiseert zich de noodzaak revalidatiegeneeskunde verder als discipline te funderen. Ze organiseert thans basiscurssussen voor assistenten in opleiding, welke cursussen tevens openstaan voor reeds gevestigde revalidatieartsen en andere specialisten. Een landelijke commissie is bezig een coherent na- en bijscholingspakket samen te stellen.

Over het onderzoek op het gebied van de revalidatiegeneeskunde is onlangs onder auspiciën van de Nationale Commissie Chronische Ziekten (NCCZ) een overzichtsstudie verschenen.⁴ In deze studie wordt het revalidatiegeneeskundig onderzoek als verbrokken getypeerd. Die verbrokkeling

C. Spreeuwenberg

zou in de hand worden gewerkt doordat er - op grond van de WZV - tussen revalidatiecentra en academische ziekenhuizen een strikte ruimtelijke scheiding bestaat. Er zijn op het gebied van de revalidatie vier hoogleraren. Alleen Groningen en Rotterdam kennen een echte vakgroep revalidatie. In Twente bestaat er samenwerking op academisch niveau tussen het revalidatiecentrum Het Roessingh en de technische universiteit aldaar en aan de VU tussen de faculteit Bewegingswetenschappen en de afdeling Revalidatie van het AZVU. In Hoensbroek bevindt zich het Instituut voor Revalidatie-Vraagstukken (IRV), waar revalidatietechnologisch en gedragswetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd; de relatie met de revalidatiegeneeskunde is hier echter zwak. Een probleem van de vakgroepen en de afdelingen revalidatie van de academische ziekenhuizen is dat er te weinig structurele onderzoekplaatsen zijn, zodat vrijwel al het onderzoek met additionele middelen moet worden uitgevoerd. In zo'n situatie lukt het niet een gedegen onderzoeklijn op te bouwen. Teneinde het revalidatiegeneeskundig onderzoek een gerichte stimulans te geven heeft de Adviesgroep voor het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) in 1989 een programmacommissie revalidatiegeneeskunde ingesteld. Gefinancierd door SGO, heeft deze commissie een drietal revalidatieartsen een gedegen onderzoek- en opleidingsprogramma

kunnen laten volgen. Dit programma is onlangs met een gezamenlijk door de revalidatieartsen en het SGO georganiseerd internationaal symposium afgesloten. Verwacht wordt dat de deelnemers aan dit programma in staat zijn in de toekomst een voortrekkersrol te vervullen in het revalidatiegeneeskundig onderzoek.

Stimulering, zoals door SGO is gebeurd, is belangrijk om de vicieuze cirkel te doorbreken waarin faculteiten geen echte vakgroepen Revalidatiegeneeskunde met hoogleraars- of UHD-posten willen creëren zolang daarvoor geen geschikte onderzoekers beschikbaar zijn. De academische vakgroepen en afdelingen hebben de afgelopen jaren geprobeerd met het weinige haar ter beschikking staande personeel toch een netwerk met andere relevante vakgroepen en onderzoekers op te bouwen en de infrastructuur te versterken. Deze ontwikkeling kan echter alleen een bedding vinden als er nu ook structureel personele en financiële middelen ter beschikking komen.

In de overzichtsstudie wordt aanbevolen rond een aantal chronische aandoeningen een programma te ontwikkelen dat gericht is op enerzijds zorg, opvang en begeleiding en anderzijds theorievorming. Zo'n programma zou een ziekte-overstijgende 'spin-off' moeten hebben. De opstellers vragen naast deze 'top-down'-benadering om ruimte voor het ontwikkelen van onderzoek vanuit de verschillende onderzoeksgroepen zelf.

De belangrijkste aanbeveling is wellicht die betreffende de ontwikkeling van een landelijk onderzoeknetwerk. Vanwege de geconstateerde verbrokkeling wordt gevraagd om een landelijke structuur met de bevoegdheid onderzoek met behulp van geoormerkte middelen aan te sturen. De landelijke structuur zou moeten worden ondersteund door een centraal bureau dat fungeert als transfercentrum waar informatie kan worden verzameld en verkregen over lopende projecten, beschikbare onderzoekresultaten, verstekte subsidies en mogelijke fondsen.

Nu de revalidatiegeneeskunde zich deze taak stelt, verdient ze het extern nog enige tijd te worden gesteund. •

Literatuur

1. Beek CC van, Bie WJHM de. Verzekeraars meer betrokken dan ooit. Stelselwijziging in de praktijk van de revalidatie. *Het Ziekenhuis* 1994; 24: 440-4.
2. Spreeuwenberg C. Een 'task force' geriatrie. *Medisch Contact* 1994; 49: 631.
3. Lankhorst GJ, Becher J, Koppe P. De indicatie voor revalidatie. Uitgangspunten voor een gemeenschappelijk beleid. *Medisch Contact* 1992; 47: 1427-9.
4. Beckerman H, Bennekou CAM van, Jelles F, Lankhorst GJ. Revalidatiegeneeskundig onderzoek bij chronische ziekten. Overzichtsstudie 1985-1993. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronische Ziekten, 1994.

• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G •

Kosteninzicht medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg bereikt!

ZOWEL IN HET RAPPORT van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie-Biesheuvel) als in het zojuist uitgebrachte rapport van het Platform Curatieve Zorg heeft het functioneren en bekostigen van de medisch-specialistische zorg veruit de meeste aandacht gekregen. Het lijkt dan ook misschien wat overbodig wederom op dit onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg terug te komen. Niet omdat de andere onderdelen van de gezondheidszorg die in beide rapporten aan de orde komen, niet van evenveel waarde zijn als het medisch-specialistisch onderdeel: niets is minder waar. Wel omdat er in korte tijd zoveel aspecten van de medisch-specialistische gezondheidszorg aan de orde zijn gekomen, dat ik als voorzitter van de representatieve organisatie van de medisch specialisten de plicht voel de medisch specialisten voortdurend en zo goed mogelijk te informeren over de achtergronden van de voorstellen van het Strategieteam (LSV, NSF, wetenschappelijke verenigingen); voorstellen die in het Platform-rapport aan de orde zijn gesteld.

Naar mijn oordeel is het belangrijkste aspect van het Platform-rapport dat er een organisatiesysteem van de medisch-specialistische zorg wordt voorgesteld dat de inzichtelijkheid van de kwaliteit, de doelmatigheid en het volume van de noodzakelijk te leveren zorg garandeert. Immers, de problemen van de medisch-specialistische zorg van dit moment worden veroorzaakt door de te krappe budgetten die voor de noodzakelijke zorg ter beschikking worden gesteld. Het lijkt erop dat de overheid in de komende kabinetsperiode op dezelfde voet zal doorgaan (zie publikaties uit het voorlopige regeerakkoord van informateur Kok en de recente Aanwijzing van de minister van WVC betreffende de restpostoverschrijding medisch-specialistische hulp 1992) om de overheidsuitgaven in de hand

te houden bij een zoveel mogelijk gelijkblijvende koopkracht. Mijns inziens is dit een onhoudbare strategie, omdat vaststaat dat er in de komende jaren steeds meer vraag naar noodzakelijke medisch-specialistische zorg zal komen. Duidelijk is inmiddels ook, dat ziekenhuizen en specialisten binnen de huidige financiële kaders eigenlijk allang niet meer de noodzakelijke zorg kunnen verlenen. Logischerwijze ontstaan er dan ook steeds meer ernstige knelpunten in de zorg.

Hoe moet het gewenste systeem er dan volgens het Platform-rapport uitzien? De belangrijkste voorwaarde van het

F.M.L.H.G. Palmen

systeem zal moeten zijn dat er voor ziekenhuis en specialist sprake is van eenduidige produktie-eenheden, en niet - zoals nu - van uiteenlopende produktie-eenheden (diagnostische en therapeutische verrichtingen voor de specialist en verpleegdagen, aantal opnames, eerste polikliniekbezoeken voor het ziekenhuis). Door de te leveren zorg te clusteren in medische produkten kan aan deze voorwaarde goed worden voldaan. Nader onderzoek is noodzakelijk om te bepalen hoe die clustering het best kan plaatsvinden.

Een eerste aanzet hiertoe is reeds gegeven door LSV, NVZ en verzekeraars (KLOZ/KPZ en VNZ). Dit heeft geleid tot het rapport 'Produktyperingen voor medisch-specialistische en ziekenhuiszorg', uitgebracht door het NZi. Hierin wordt aangegeven dat het goed mogelijk moet zijn in twee jaar een systeem van produktyperingen operationeel te krijgen op basis van de noodzakelijke kwaliteits- en doelmatigheidseisen. Als dan een overzichtelijk aantal produkten binnen de medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg landelijk uniform is geformuleerd, is ook duidelijk wat de kosten van de zorg zullen zijn. Als het produkt vaststaat, is immers de prijs voor het ziekenhuis en het honorarium voor de specialist een afgeleide, waarbij

voor het Strategieteam het uurtarief de basis voor de honorariumcomponent moet zijn.

Blijft over, dat ten aanzien van het volume van zorg moet worden onderhandeld tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Voor de wijze waarop deze onderhandelingen moeten plaatsvinden, zijn door LSV en NVZ reeds uitgewerkte voorstellen ontwikkeld. Voorstellen die ook door verzekeraars worden onderschreven en die - daar ben ik van overtuigd - de verantwoordelijkheid van de medisch specialist in het kader van de patiëntenzorg volledig tot haar recht laten komen.

Basis van de voorstellen is het ziekenhuisbeleidsplan, waarvan het medisch beleidsplan het uitgangspunt vormt. Omdat NVZ en verzekeraars de professionele verantwoordelijkheid van de specialist volmondig erkennen, is het mogelijk binnen het ziekenhuis een begroting op te stellen, waarin het noodzakelijk pakket aan zorg is opgenomen. Aan de hand van deze begroting zullen - naar het oordeel van het Strategieteam - tripartiete besprekingen met verzekeraars moeten volgen. Besprekingen, waar het volume van zorg op basis van het medisch beleidsplan voor ziekenhuis en specialisten een gegeven is, waarvan niet kan worden afgeweken en waarover ziekenhuis en specialisten ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de tarieven. Over dit laatste aspect is vooralsnog in het Platform Curatieve Zorg geen overeenstemming bereikt, maar ik heb goede hoop dat de komende uitwerking van het Platform-rapport tot de gewenste uitkomst zal kunnen leiden. Aldus maken de medisch specialisten hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit, doelmatigheid en volumebeleid volledig waar en kan een volwaardige discussie op gang komen over de kosten van de medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg.

F.M.L.H.G. Palmen,
voorzitter LSV

Prinsengrachtziekenhuis gefuseerd verder

Locatie blijft behouden

Sabine E. Wildevuur

Het aantal ziekenhuizen in Nederland lijkt een stabiel punt te hebben bereikt. Kleine ziekenhuizen zijn verdwenen, grote verschenen. Het Amsterdamse Prinsengrachtziekenhuis heeft de fusiegolf lang weten te ontwijken, maar is per 1 juli 1994 onderdeel geworden van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Als locatie blijft het Prinsengrachtziekenhuis behouden.

DE LIJST IN DE HAL van het Prinsengrachtziekenhuis is ondertekend door tal van bekende Nederlanders: "Het Prinsengrachtziekenhuis moet behouden blijven. Als de huidige ontwikkelingen in de fusie tussen het OLVG en het Prinsengrachtziekenhuis zich voortzetten, dan verliest Amsterdam binnenkort haar laatste ziekenhuis in de binnenstad. Ondergetekenden, Amsterdammers en/of oud-patiënten maken zich ernstig zorgen over deze ontwikkelingen en doen een klemmend beroep op overheden en betrokken instanties om te trachten de huidige functie van het Prinsengrachtziekenhuis ook in de toekomst te behouden." De portier: "De actie heeft geen nut meer." Per 1 juli 1994 bestaat het Prinsengrachtziekenhuis, ondanks de inspanningen van toegewijden, officieel niet meer. De fusie met het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) is dan een feit en het Prinsengrachtziekenhuis zal verdergaan als OLVG, locatie Prinsengracht.

Gebreken

De voormalig medisch directeur van het Prinsengrachtziekenhuis, de neuroloog dr J.W. Stenvers, is weemoedig maar ook opgelucht over de fusie van 'zijn' ziekenhuis met het OLVG. Er zijn geen gedwongen ontslagen gevallen onder de medewerkers van het Prinsengrachtziekenhuis en er blijft een gezondheidszorgvoorziening in de binnenstad behouden. Er heerst dan ook geen sterfhuisstemming onder het personeel. Stenvers: "Er zijn nieuwe mogelijkheden en nieuwe kansen."

Het Prinsengrachtziekenhuis maakt deel uit van Stenvers' jeugd. Als kleine jongen kwam hij regelmatig op bezoek bij zijn oudtante M. Stenvers, de (inwonende) directrice van het ziekenhuis gedurende de periode 1947 tot 1959. Tijdens een rondgang door het ziekenhuis maakt hij gebreken van het gebouw, uit 1857 duidelijk. Op de eerste verdieping kunnen de bedden sommige kamers niet uit omdat de draai naar de smalle gang niet kan worden gemaakt. De patiënten moeten worden overgedragen op een brancard. Verder bevinden de uitgangen van de afdelingen zich over het algemeen in het midden waardoor doodlopende gangen ontstaan. Om aan de veiligheidseisen te voldoen zijn de trappenhuisen verplaatst naar de kop. Stenvers: "Het gebouw is bijna een anachronisme. Het lijkt wel een museum uit de vorige eeuw." Stenvers is verweten, vooral door actiegroepen ter behoud van het ziekenhuis,

*"Wij zagen het belang in
van een
gezondheidszorgvoorziening
in de binnenstad"*

dat hij niets uit de onderhandelingen over het voortbestaan van het ziekenhuis heeft gehaald. Volgens eigen zeggen is dat een niet-terechte beschuldiging. Voormalig staatssecretaris Simons had immers al op 11 juni 1992 besloten tot de fusie van de Vereniging voor Ziekenverpleging - beter bekend als het Prinsengrachtziekenhuis - met het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en het sluiten van de Boerhaavekliniek. Er waren te veel kleine ziekenhuizen in de regio, concludeerde Simons. Mocht de fusie niet doorgaan, dan was het plan om ook het Prinsengrachtziekenhuis te sluiten. Tegen dit voornemen was, volgens Stenvers, niet te vechten. "Alle aan te voeren argumenten om het Prinsengrachtziekenhuis in de huidige vorm te behouden, zijn gevoelsargumenten." Wat gaat er met deze fusie verloren? Stenvers: "Een bijzondere vorm van ziekenhuiszorg,

die niet van deze tijd is: veel zorg en weinig high tech. In het Prinsengrachtziekenhuis kan alles. Het kan voorkomen dat je een kamer binnenstapt waar de hele familie op het bed zit, er wordt gerookt en op het nachtkastje staat een fles wijn. Heel patiëntvriendelijk."

Eerste fusiegolf

Dat het Prinsengrachtziekenhuis niet is meegenomen in de ziekenhuisfusies van de jaren zeventig en tachtig is opmerkelijk te noemen. Het gebouw voldoet namelijk allang niet meer aan de (veiligheids)eisen van deze tijd. Reeds in 1900 is tijdens een bestuursvergadering opgemerkt dat het gebouw ouderwets was. Om aan de eisen tegemoet te komen is inmiddels begonnen met een ingrijpende verbouwing.

Met het geringe aantal van honderd bedden, teruggebracht tot vijfenzeventig, leek een klein ziekenhuis als het Prinsengrachtziekenhuis ten dode opgeschreven. Deze orde van grootte paste niet binnen de trend van concentratie van bedden in grote eenheden.

De directeur van het OLVG drs P.A. de Groote hierover: "De relatieve late fusie van het Prinsengrachtziekenhuis heeft niets te maken met het algemene fusieproces in Nederland, waardoor men via fusies nieuwbouw kon genereren. In onze situatie heeft de toenmalige staatssecretaris Simons besloten tot een fusie van beide ziekenhuizen; indien wij daar niet mee in zouden stemmen, zou het Prinsengracht gesloten moeten worden. Beide rechtspersonen hadden weinig keuze. Wij hadden natuurlijk kunnen zeggen: "We laten die kelk aan ons voorbijgaan", maar wij zagen het belang in van een gezondheidszorgvoorziening in de binnenstad." De eerste golf van ziekenhuisfusies is in 1970 begonnen met zeven fusies. Tot die tijd kwamen fusies in de Nederlandse ziekenhuissector met ruim tweehonderdvijftig ziekenhuizen eigenlijk nauwelijks voor. Tot 1980 volgden nog eens veertig fusies, waarbij het aantal ziekenhuizen met minder dan 200 bedden sterk afnam. De overheid juichte sanering danwel fusie van kleine ziekenhuizen toe; schaal- 

vergroting en herstructurering van de ziekenhuiszorg werd gestimuleerd om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren en de bouw- en exploitatiekosten in de hand te houden. De ideale omvang van een basisziekenhuis werd gesteld op 225 bedden, met een ondergrens van 150 bedden. In de jaren tachtig gingen de fusies onverminderd voort. Tussen 1982 en 1990 nam het aantal ziekenhuizen met nog eens 50 af, de omvang daarentegen nam toe met twintig procent. Met de fusies werd tegemoet gekomen aan het beleid van de overheid om versnippering en overlapping van de ziekenhuiszorg tegen te gaan. Het resultaat was een concentratie van bedden in grote eenheden waardoor continuïteit van de zorg kon worden gewaarborgd. Het aantal ziekenhuizen lijkt nu gestabiliseerd te zijn. Sinds 1991 is er weinig veranderd aan het totale aantal ziekenhuizen in Nederland, wel is het aantal grote ziekenhuizen toegenomen (tabellen 1 en 2).

Tweede fusiegolf

Na de eerste is een zogenaamde tweede fusiegolf ontstaan, waarbij (middel)grote instellingen tot zeer grote ziekenhuisorganisaties fuseren. De fusies worden veelal vergezeld van plannen voor concentratie van de zorg op één plek. In 1992 voelde Simons zich geroepen om het proces van schaalvergroting een halt toe te roepen.¹ De toegevoegde waarde van integratie was volgens de voormalig staatssecretaris niet altijd duidelijk. De ziekenhuizen die na de concentratiehoos zijn overgebleven, kregen van het ministerie van WVC nul op het rekest om te concentreren: het Groningse Martini Ziekenhuis, het Medisch Centrum Leeuwarden, het Holy-ziekenhuis Vlaardingen met het Schieland Ziekenhuis Schiedam en tot slot het Bosch Medisch Centrum 's-Hertogenbosch. Begin dit jaar ontvingen de besturen van de zojuist genoemde ziekenhuizen een brief met een 'voorlopige' afwijzing van de concentratieplannen. Directeur patiëntenzaken dr Ph. M.A. Engel van het Martini Ziekenhuis in Groningen, nu nog gevestigd op twee locaties in de stad: "De kwaliteit en de continuïteit van de zorg kan momenteel niet in optima forma worden geboden." Hij wil een zo breed mogelijk aanbod van gespecialiseerde zorg realiseren. Daarvoor is concentratie van de zorg op één locatie noodzakelijk. De reden die wordt gegeven om geen toestemming te geven voor integratie op één plek, is kapitaalvernietiging door de vroegtijdige afstoting van de ene locatie. Vervangende nieuwbouw zou eventueel pas in het jaar 2002 in gebruik kunnen worden genomen, aldus Simons. Engel is het niet eens met de beslissing van Simons: "Uit het oogpunt van efficiency zal de fysieke

concentratie moeten plaatsvinden. Het is de vraag hoeveel geld de regering nog naar de zee zal dragen door de dubblure van de locaties." Hij gaat verder: "Door de concentratie van zorg op één locatie ontstaat ook een concentratie van medische kennis. Dat komt de kwaliteit van de te leveren zorg ten goede."

Prinsengrachtziekenhuis 'low risk'

Waarin verschilt de fusie tussen (middel)grote ziekenhuizen van de fusie tussen een klein en een groot ziekenhuis? De directeur van het OLVG, drs P.A. de Groote, over de fusie tussen het OLVG (520 bedden) en het Prinsengrachtziekenhuis (75 bedden): "Of je nu met een ziekenhuis van zeventig of vijfhonderd bedden fuseert, dat verandert niets aan het proces. Het hele fusieproces geeft dan misschien iets minder problemen bij de top van het management, maar voor het integreren van de medische staven, het opstellen van een sociaal plan en dergelijke zijn de zaken eigenlijk precies hetzelfde."

Tabel 1. Aantal algemene ziekenhuizen naar grootte, 1988-1992.

aantal bedden	1988	1989	1990	1991	1992
<150	10	6	6	5	6
150-200	13	10	7	6	7
200-300	27	27	23	23	20
300-400	32	30	30	27	27
400-600	32	31	33	31	30
> 600	22	24	23	25	26

Bron: NZI

Tabel 2. Aantal ziekenhuizen, 1988-1993.

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
algemeen	130	128	120	113	113	113
academisch	8	9	9	9	9	9
categoraal	44	40	36	36	32	31
totaal	182	177	165	158	154	153

Bron: NZI

Voor de nieuwe organisatie op de Prinsengracht is door de directie een voorstel ontwikkeld waardoor de locatie als gezondheidszorgvoorziening in de Amsterdamse binnenstad behouden kan blijven. De Groote over de locatie Prinsengracht: "Het wordt in de toekomst geen ziekenhuis. Een gedислоceerde klinische afdeling van zo'n 70 bedden vinden wij als directie onverantwoord. De komende jaren zal het voormalige Prinsengrachtziekenhuis worden omgebouwd tot een polikliniek en dagbehandelingscentrum. Alle klinische

functies worden in de komende één à twee jaar overgebracht gaan naar het OLVG: locatie Oosterpark."

Het huidige Prinsengrachtziekenhuis wordt omgevormd tot een 'low risk' voorziening als ondersteuning aan de eerste lijn. Hierbij is er geen noodzaak dat op de locatie Prinsengracht nog een klinische functie behouden blijft. Er wordt gestreefd naar het realiseren van poliklinische en 'low risk' voorzieningen; een voorziening waar men terecht kan voor beperkte specialistische diagnostiek en dagbehandeling. Behandelingen of ingrepen die worden uitgevoerd dienen medisch gezien een laag risico te hebben en de patiënt zal in een zodanige conditie moeten verkeren dat er geen complicaties te verwachten zijn. Eerste hulp zal géén onderdeel uitmaken van het voorzieningenpakket. Het ontstaan van een zogenoemde buitenpolikliniek lijkt een reactie te zijn op de al eerder genoemde concentratietendens; de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg wordt door buitenpoliklinieken vergroot. Deze ontwikkeling past binnen de toekomstvisie van voormalig staatssecretaris Simons: "Zorgactiviteiten zullen in toenemende mate door de ziekenhuizen buiten de ziekenhuismuren, bijvoorbeeld in dependances, worden aangeboden. Het ziekenhuis zal in toenemende mate het integratiekader zijn voor medisch-specialistische zorg en verpleegkundige zorg en zal zich in toenemende mate ontwikkelen als onderdeel van een keten van zorg." Het achterliggende idee is, dat basale ziekenhuiszorg ook vanuit een goed geoutilleerde buitenpolikliniek kan worden aangeboden, waaraan dagverpleging en eventueel een 'short stay' afdeling is verbonden.

Hoe de overgangsfase van de fusie tussen het Prinsengrachtziekenhuis en het OLVG precies zal verlopen, kan Stenvers niet voorspellen: "Niemand weet precies hoe het verder gaat. Er is wel een plaatje, maar niet het plaatje. De verandering zal waarschijnlijk een natuurlijk verloop krijgen. Functies worden langzamerhand overgeheveld naar het OLVG. Per 1 oktober zal de ver-

loskunde verdwijnen in het Prinsengrachtziekenhuis, want de voorzieningen zijn onvoldoende; een keizersnede uitvoeren zonder neonatoloog kan tegenwoordig niet meer."

De Groote: "Het is een uitdaging om in de komende jaren het OLVG, locatie Prinsengracht, als gezondheidszorgvoorziening een eigentijdse inhoud te geven." •

Literatuur

1. Positionering ziekenhuiszorg, bijlage Nota Fusie en Bouw. Den Haag: 1992. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Medisch handelen met betrekking tot patiënten in een vegetatieve toestand

Een advies van de Gezondheidsraad

R.A. te Velde

Bij patiënten die langdurig in een zogeheten vegetatieve toestand verkeren komt er een moment dat voortzetting van levensverlengende behandeling medisch zinloos is en strijdig met de eerbied voor het menselijk leven. Dit is de kern van het Gezondheidsraadsadvies 'Patiënten in een vegetatieve toestand'. Kunstmatige toediening van voedsel en vocht wordt in dit verband gezien als een op levensverlenging gerichte medische handeling.

HET ADVIES 'Patiënten in een vegetatieve toestand' dat de Gezondheidsraad heeft uitgebracht, biedt in de eerste plaats een overzicht van wat we op dit moment weten van de zogenoemde vegetatieve toestand. Daarnaast wil het verantwoorde afwegingen bieden betreffende de medische behandeling van patiënten van wie redelijkerwijs is komen vast te staan dat zij zich blijvend in die toestand bevinden. Het advies maakt deel uit van de wetenschappelijke voorlichting die de Gezondheids-

in de richting vanwaar het geluid komt. Ook knarsetanden, smakken, zich krabben, kreunen, gapen, glimlach-achtige grimassen en dwanghuilen zijn mogelijk, spontaan of als reactie op prikkels van buitenaf. Maar bij geen van de patiënten is er sprake van een bewuste reactie: de patiënt kijkt, maar ziet niet; ook spreekt de patiënt geen woorden. Doorgaans is er een spontane ademhaling en regulatie van bloeddruk en lichaamstemperatuur. De patiënten zijn incontinent en moeten kunstmatig worden gevoed. Bepaalde reflexen zijn vaak aanwezig.

Centraal staat de discrepantie tussen verschijnselen die wijzen op het functioneren van de hersenstam en verschijnselen die wijzen op het niet-functioneren van hersendelen die verantwoordelijk zijn voor hogere functies. Door het functioneren van de hersenstam zijn veel uitingen van het basispatroon aanwezig, terwijl door de uitval van de grote hersenen de mogelijkheid tot bewuste en emotionele invulling of ervaring van die patronen ontbreekt. Houdt deze toestand langere tijd aan, dan spreekt men in de Engelstalige literatuur van 'persistent vegetative state' (PVS). De Nederlandse commissie kiest voor de

met dementie bij wie in het ziektebeloop bewustzijnsstoornissen ontstaan die een min of meer vergelijkbaar beeld te zien geven, in Nederland jaarlijks zo'n 1.000 tot 2.000, vallen buiten het kader van dit advies.

Diagnose en prognose

De vegetatieve toestand is een klinische diagnose: zij berust primair op observatie. De mogelijkheden om de diagnose door middel van technisch onderzoek te ondersteunen, zijn uiterst beperkt. De klinische observaties worden wel na de dood bevestigd door pathologisch-anatomisch onderzoek. Hieruit is komen vast te staan dat bij deze patiënten de hersenstam relatief onbeschadigd is, maar dat er omvangrijke beschadigingen zijn van de grote hersenen. Steeds is het letsel zo ernstig, dat er van enig samenhangend functioneren van de grote hersenen, en daarmee van bewuste waarneming, geen sprake meer kan zijn.

Belangrijk noemt het advies de afbakening met ogenschijnlijk verwante toestandsbeelden. De patiënt in een vegetatieve toestand verschilt van de comapatiënt doordat bij de laatste ook de hersenstam niet dan wel onvolledig functioneert. Bij een hersendode is de hersenstam functioneel volledig uitgevallen; elke hersenfunctie is definitief afwezig. Patiënten met een 'locked-in syndrome' zijn bij bewustzijn, maar kunnen zich vrijwel niet uiten; zij hebben door een laesie ter hoogte van de pons een gestoorde prikkelgeleiding van en naar de grote hersenen, die zelf intact zijn. Patiënten met akinetisch mutisme bewegen of spreken niet of nauwelijks en voeren geen opdrachten uit, maar lijken zich wel bewust van zichzelf en van hun omgeving en maken oogcontact; dit beeld kan ontstaan door beschadigingen van de frontale kwabben van de hersenen en door letsel diep in de hersenen.

Ongeveer 10% van de mensen die door een traumatische oorzaak (bijvoorbeeld een ongeval) langer dan zes uur in coma blijven, bevindt zich na een maand in een vegetatieve toestand. Van de mensen die door een niet-traumatische oorzaak (harten/of ademstilstand, CVA, een cerebra-

De situatie waarin deze patiënten zich bevinden is aan te merken als een bittere eindfase

raad geeft over medisch-ethische en gezondheidsrechtelijke vragen met betrekking tot de rechtspositie van patiënten, vragen die vooral klemmen als de patiënt, bijvoorbeeld door bewusteloosheid, zelf niet in staat is tot wilsvorming.

'Awake but not aware'

Patiënten in een vegetatieve toestand zijn 'awake but not aware'. In tegenstelling tot de kleine groep mensen die in coma blijven, lijken patiënten in een vegetatieve toestand te zijn ontwaakt: ze hebben regelmatig de ogen open (gesproken wordt van een slaap-waakritme), openen de ogen vaak bij een luchtstroom of een onverwacht geluid en kijken hierbij ook vaak

beschrijvende term 'vegetatieve toestand'.

De vegetatieve toestand kan een fase in het herstel zijn. Het 'herstel' kan echter ook op dit niveau stagneren; dan raakt de patiënt in een blijvende vegetatieve toestand. Of het eerste of het laatste het geval is, kan alleen achteraf goed worden vastgesteld.

De ethische en juridische overwegingen in het advies beperken zich tot patiënten die door een acuut accident in coma zijn geraakt, een coma waaruit een vegetatieve toestand is ontstaan die uiteindelijk onomkeerbaar is; dat zijn er jaarlijks tussen de 100 en 200. Patiënten met een degeneratief neurologische aandoening

le infectie of een stofwisselingsstoornis als hypoglycemie) in coma raken en ten minste zes uur in die toestand blijven, 'herstelt' 12% binnen een jaar niet verder dan tot de vegetatieve toestand. De kans op herstel van bewustzijn van mensen die na een trauma in coma en vervolgens in een vegetatieve toestand zijn geraakt, blijkt ongeveer een jaar na het accident verwaarloosbaar klein te zijn. Voor een niet-traumatische oorzaak, naar de indruk van de commissie het meest voorkomend, is die periode een half jaar. In individuele situaties is de vaststelling dat de vegetatieve toestand onherstelbaar is, soms eerder of, bij hoge uitzondering, pas later mogelijk. Elke beoordeling vraagt herhaald en zorgvuldig onderzoek en de bevindingen dienen te worden bevestigd door een op dit terrein deskundige arts. Voor kinderen acht de commissie een langere observatieperiode aangewezen: kinderen hebben, naar algemeen wordt aangenomen, een groter herstellervermogen dan volwassenen.

In beginsel kan de vegetatieve toestand jaren voortduren. Toch blijkt uit onderzoek dat de levensverwachting relatief beperkt is. Waarschijnlijk wordt die beperking mede veroorzaakt door beslissingen om de behandeling te staken. Regelmatig duiken berichten op dat stimuleringsprogramma's

leid te beperkt: in een vegetatieve toestand verkeren betekent, los van de persoonlijke ervaring, een verregaande ontluistering.

Het leven van mensen die in een vegetatieve toestand verkeren bestaat uit nog maar een paar biologische bestanddelen; die kunnen geen fundament meer vormen voor de bovenbouw 'menselijk leven'. Leven is tot voortbestaan geworden, zonder mogelijkheid van een keerpunt. Maatregelen die zo'n onmogelijke terugkeer beogen, zijn naar het oordeel van de commissie als medisch zinloos aan te merken en doen afbreuk aan de eerbied voor het menselijk leven. Het kan niet de taak van de geneeskunde zijn het sterven te blokkeren waar de weg in omgekeerde richting definitief is afgesneden.

Een beslissing over medisch handelen op de geschetste gronden impliceert een oordeel over alle aspecten van de toestand waarin de patiënt verkeert. Zo'n oordeel vormt de basis van veel medische beslissingen; het is zelfs noodzakelijk, wil geneeskundig handelen niet gevangen raken in een technologische imperatief. Voor de groep patiënten in een langdurige vegetatieve toestand betekent dit, dat er in individuele situaties goede gronden kunnen zijn om de medische behandeling

hopeloze toestand kom' of 'als ik als een plant kom te leven'. Duidelijk vind ik: 'Als ik in een vegetatieve toestand kom die zolang bestaat dat deskundigen kans op herstel uitsluiten...' - dient volgens de commissie in beginsel te worden gevolgd. Verzoekt een patiënt om handelingen die een arts niet met zijn of haar geweten kan verenigen, dan kan de arts uiteraard niet worden gedwongen; hij of zij dient dan bereid te zijn de behandeling over te dragen aan een collega die wel aan de wilsbeschikking gevolg kan geven.

In de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Mentorschap zijn door middel van amendementen bepalingen opgenomen die ten aanzien van meerderjarige onmondige patiënten voor een belangrijk deel voorzien in een adequate juridische fundering van een schriftelijke weigering van behandeling en van zorgvuldige vertegenwoordiging.

Kunstmatige toediening van voeding en vocht

De commissie beantwoordt ook de vraag naar de toelaatbaarheid van het staken van de kunstmatige toediening van vocht en voeding. Met de steun in de rug van een toenemende consensus binnen de betrokken beroepsgroepen en de internationale jurisprudentie, stelt zij vast dat deze toediening tot het medisch handelen moet worden gerekend: er is een medische indicatie met een vooraf geformuleerd behandelingsdoel, de handeling vraagt specifieke professionele deskundigheid en vindt plaats op grond van vooronderstelde toestemming. Het lijkt dan in beginsel verantwoord in het kader van abstinieren ook de kunstmatige toediening van vocht en voeding te staken, als voor voortzetting ervan geen redenen meer aanwezig zijn. Een belemmering zou kunnen zijn dat het staken van die toediening tot een wrede sterven zou leiden, maar steeds meer direct betrokken hulpverleners - inclusief de leden van de commissie die ervaring hebben met patiënten in een vegetatieve toestand - wijzen erop dat het precies andersom is.

De commissie concludeert, dat wanneer op de in haar advies beschreven wijze is komen vast te staan dat een patiënt geen bewustzijn meer heeft en de kans op herstel daarvan verwaarloosbaar klein is, het gerechtvaardigd is de kunstmatige toediening van voeding en vocht achterwege te laten. Het gaat hierbij nadrukkelijk om een onderdeel van de beslissing van verder levensverlengend handelen af te zien. •

Het kan niet de taak van de geneeskunde zijn het sterven te blokkeren waar de weg in omgekeerde richting definitief is afgesneden

een langdurig bestaande vegetatieve toestand in beslissende zin gunstig zouden beïnvloeden, maar wetenschappelijk verantwoorde gegevens die deze claim rechtvaardigen zijn er nog niet.

Doorgaan met behandelen?

Het tweede deel van het advies handelt over de mogelijke consequenties voor de behandeling, wanneer is komen vast te staan dat herstel van het bewustzijn redelijkerwijs uitgesloten is.

De rapporterende commissie oordeelt, dat het moreel gerechtvaardigd is de behandeling gericht op levensverlenging te staken bij patiënten van wie redelijkerwijs vaststaat dat hun vegetatieve toestand onherstelbaar is. Kerngedachte is, dat de situatie waarin deze patiënten zich bevinden als een bittere eindfase is aan te merken, waarin iedere levensverlengende handeling de patiënt kunstmatig bindt aan een nagenoeg onafzienbaar stervensproces. De stelling, dat een patiënt in een vegetatieve toestand door het ontbreken van mogelijkheden tot (zelf)ervaring zijn of haar situatie nooit als bitter kan ervaren, is de commissie als enige basis voor be-

te staken. Het definitieve karakter van de vegetatieve toestand hoeft hierbij niet altijd volledig vast te staan; ook andere belangrijke prognostische elementen, zoals ernstige complicaties, kunnen een beslissende afweging noodzakelijk maken.

Het is van belang de naast betrokkenen in een vroeg stadium te informeren over de onzekere prognose. Ook de mogelijkheid van het voortduren van het coma of het ontstaan van een mogelijk onherstelbare vegetatieve toestand moet aan de orde worden gesteld, evenals de dilemma's die dan rijzen omtrent het voortzetten of staken van behandeling. Altijd zal moeten worden geprobeerd het hierover eens te worden. In het uiterste geval moet een hulpverlener bereid zijn door te verwijzen naar een collega die wel genegen is uitvoering te geven aan het door de familie - en mogelijk, indien achterhaalbaar, ook door de patiënt - gewenste beleid.

Een belangrijke rol in de besluitvorming kan een *schriftelijke wilsverklaring* van de patiënt spelen. Een duidelijke wilsverklaring - commissievoorzitter prof.dr H. van Crevel in NRC Handelsblad van 22 juli: "In ieder geval geen strofes als 'als ik in een

Het advies 'Patiënten in een vegetatieve toestand' verscheen als publikatie nummer 1994/12 van de Gezondheidsraad in Den Haag.

Cijfers CBS 1993

Algemene gegevens intramurale gezondheidszorg

In 1993 is het aantal bedden en verpleegdagen in de Nederlandse ziekenhuizen met 1,6% gedaald vergeleken met 1992. Ook in 1993 is het aantal bedden en verpleegdagen in de psychiatrische ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten toegenomen.

DE GEGEVENS die het CBS kortgeleden heeft vrijgegeven over de intramurale gezondheidszorg 1993 zijn het resultaat van de enquête 'Algemene gegevens', die integraal wordt afgenomen bij alle erkende instellingen. Het gaat hierbij om ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuizen, medische kindertehuizen, medische kleuterdagverblijven, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten en overige instellingen, waaronder tehuizen en 'het Dorp' te Arnhem.

Ziekenhuizen

Het aantal bedden in 1993 is ten opzichte van 1992 met 1.001 gedaald tot 62.383. De daling van het aantal bedden is het grootst in de algemene ziekenhuizen, te weten 792 bedden (-1,5%) tegen 18 (-0,2%) in de academische en 191 in de categorale (-4,3%) ziekenhuizen. Sinds 1980 daalt het beddental voortdurend; in dertien jaar is het totale aantal ziekenhuisbedden geslonken met 10.767, wat overeenkomt met een gemiddelde van min 1,2% per jaar.

Ondanks een toename van het aantal patiënten met 0,6% is het aantal verpleegdagen in 1993 voor alle ziekenhuizen samen gedaald met 1,6%. Dit is in het bijzonder toe te schrijven aan de afname van de gemiddelde verpleegduur: van 10,7 dagen in 1992 tot 10,4 in 1993. In de provincies Friesland en Noord-Brabant is de algemene verpleegduur het kortst met 9,5 dagen, in Utrecht, Zuid-Holland en Limburg het langste, namelijk 10,2 dagen. Sinds 1980 is het aantal verpleegdagen jaarlijks gedaald met een gemiddelde van 0,3 dagen per jaar. In 1980 bedroeg de gemiddelde verpleegduur 14 dagen, in 1993 10,4.

Ook de bezettingsgraad van de ziekenhuizen daalde in de periode vanaf 1980. Terwijl het aantal verpleegdagen in

Tabel. Algemene gegevens intramurale gezondheidszorg naar categorie instellingen.

	1980	1985	1990	1991	1992	1993*
ALGEMENE ZIEKENHUIZEN						
instellingen	176	155	124	119	114	113
gemiddeld aantal bedden ¹	60.298	56.623	52.292	51.656	51.352	50.560
opnamen (x 1.000)	1.384	1.359	1.306	1.319	1.331	1.338
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	1.343	1.315	1.264	1.277	1.291	1.294
overleden patiënten	41.653	44.641	43.652	41.938	41.176	43.391
verpleegdagen (x 1.000)	18.492	16.197	13.872	13.630	13.334	13.114
bezettingsgraad (%)	83,8	78,4	72,7	72,3	70,9	71,1
gemiddelde verpleegduur (dagen)	13,4	11,9	10,6	10,3	10,0	9,8
polikliniekbezoeken (x 1.000)	.	.	18.697	18.938	18.856	18.930
waaronder eerste bezoeken (x 1.000)	.	.	5.614	5.872	4.809	4.913
dagverplegingsdagen (x 1.000)	.	193	366	414	468	493
revalidatie-dagbehandelingsdagen (x 1.000)	.	.	97	100	110	117
ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN						
instellingen	8	7	9	9	9	9
gemiddeld aantal bedden ¹	6.760	6.437	7.579	7.494	7.631	7.613
opnamen (x 1.000)	147	160	195	193	198	200
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	142	155	189	187	192	194
overleden patiënten	4.041	4.386	5.703	5.539	5.557	5.603
verpleegdagen (x 1.000)	1.985	1.952	2.157	2.109	2.134	2.105
bezettingsgraad (%)	80,2	83,1	78,0	77,1	76,4	75,7
gemiddelde verpleegduur (dagen)	13,5	12,2	11,1	11,0	10,8	10,5
polikliniekbezoeken (x 1.000)	.	.	2.708	2.710	2.800	2.784
waaronder eerste bezoeken (x 1.000)	.	.	641	596	601	607
dagverplegingsdagen (x 1.000)	.	6	37	43	49	46
revalidatie-dagbehandelingsdagen (x 1.000)	.	.	1	4	5	11
CATEGORALE ZIEKENHUIZEN						
instellingen	47	45	36	35	34	32
gemiddeld aantal bedden ¹	6.091	5.401	4.710	4.570	4.401	4.210
opnamen (x 1.000)	58	57	38	38	36	37
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	57	56	37	38	36	36
overleden patiënten	1.171	1.009	666	624	617	662
verpleegdagen (x 1.000)	1.818	1.606	1.255	1.230	1.199	1.184
bezettingsgraad (%)	81,5	81,4	73,0	73,7	74,4	77,1
gemiddelde verpleegduur (dagen)	31,2	28,1	33,2	32,1	33,1	32,4
polikliniekbezoeken (x 1.000)	.	.	457	475	424	403
waaronder eerste bezoeken (x 1.000)	.	.	105	111	105	95
dagverplegingsdagen (x 1.000)	.	5	7	7	6	7
revalidatie-dagbehandelingsdagen (x 1.000)	.	.	435	486	515	542
ZIEKENHUIZEN (totaal)						
instellingen	231	207	169	163	157	154
gemiddeld aantal bedden ¹	73.150	68.461	64.580	63.720	63.384	62.383

Tabel. Algemene gegevens intramurale gezondheidszorg naar categorie instellingen (vervolg).

	1980	1985	1990	1991	1992	1993'
opnamen (x 1.000)	1.588	1.576	1.538	1.550	1.565	1.574
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	1.542	1.527	1.490	1.501	1.518	1.524
overleden patiënten	46.865	50.036	50.021	48.101	47.350	49.656
verpleegdagen (x 1.000)	22.295	19.754	17.284	16.969	16.667	16.403
bezettingsgraad (%)	83,3	79,1	73,3	73,0	71,8	72,0
gemiddelde verpleegduur (dagen)	14,0	12,5	11,2	11,0	10,7	10,4
polikliniekbezoeken (x 1.000)	.	.	21.862	22.123	22.080	22.117
waaronder eerste bezoeken (x 1.000)	.	.	6.359	6.579	5.515	5.614
dagverplegingsdagen (x 1.000)	.	204	410	464	523	546
revalidatie-dagbehandelingsdagen (x 1.000)	.	.	533	591	630	671
psychiatrische deeltijdbehandeling:						
gemiddeld aantal plaatsen	.	303	503	556	551	569
behandelingsdagen (x 1.000)	.	57	94	106	105	113
PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN						
instellingen	73	82	80	80	81	82
gemiddeld aantal bedden ¹	24.685	24.254	24.352	24.460	24.476	24.601
opnamen (x 1.000)	27.457	32.568	36.234	39.343	40.236	42.183
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	25.879	31.148	34.775	38.179	39.069	40.971
overleden patiënten	1.426	1.451	1.259	1.163	1.235	1.270
verpleegdagen (x 1.000)	8.391	8.439	8.503	8.556	8.535	8.542
waaronder afwezigheidsdagen (x 1.000)	.	582	584	594	621	633
bezettingsgraad (%)	92,9	95,3	95,7	95,8	95,3	95,1
psychiatrische deeltijdbehandeling: ²						
gemiddeld aantal plaatsen	754	1.691	2.154	2.284	2.374	2.563
behandelingsdagen (x 1.000)	183	395	540	573	627	713
polikliniekbezoeken (x 1.000)	.	.	553	619	712	788
waaronder eerste bezoeken (x 1.000)	.	.	39	44	52	52
INRICHTINGEN VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN						
instellingen	146	121	121	123	125	128
gemiddeld aantal bedden ¹	29.011	30.426	31.454	31.685	32.074	32.586
opnamen (x 1.000)	3.438	4.790	10.715	12.905	16.508	19.443
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	2.766	4.357	10.022	12.056	15.600	18.275
overleden patiënten	284	334	349	399	411	462
verpleegdagen (x 1.000)	10.336	10.951	11.443	11.593	11.809	11.973
bezettingsgraad (%)	97,3	98,6	99,7	100,2	100,6	100,7
dagbehandeling:						
gemiddeld aantal plaatsen	.	.	301	352	442	538
behandelingsdagen (x 1.000)	.	.	71	99	118	136
VERPLEEGHUIZEN						
instellingen	326	328	326	326	324	325
gemiddeld aantal bedden ¹	46.616	49.252	51.674	52.059	52.662	53.641
waarvan op afdelingen voor:						
somatisch zieken	.	.	27.254	27.263	26.945	26.727
psychogeriatrische patiënten	.	.	24.420	24.797	25.717	26.914
opnamen (x 1.000)	39.456	41.447	43.049	42.955	45.240	49.445

1993 is gedaald, nam het aantal dagverplegingsdagen voor alle ziekenhuizen te zamen juist toe.

Tevens nam het aantal eerste polikliniekbezoeken toe met 1,8%.

Psychiatrische ziekenhuizen


De beddenscapaciteit in de psychiatrische ziekenhuizen is in 1993 een halve procent gestegen ten opzichte van 1992, terwijl het aantal verpleegdagen ongeveer hetzelfde is gebleven. De bezettingsgraad is hierdoor afgenomen tot 95,1%.

Fors toegenomen in 1993 is het aantal psychiatrische deeltijdbehandelingsplaatsen en deeltijdbehandelingsdagen, respectievelijk met 7,9% en 13,7%. Volgens het CBS is deze toename onder meer te verklaren door de invoering van primaire deeltijdbehandeling per 1 januari 1993; dit is een behandeling van 6 tot 8 uur per dag waaraan in het afgelopen jaar geen klinische opname is voorafgegaan en waarbij de behandeling - maximaal gedurende een jaar - gemiddeld op minimaal drie dagen per week plaats vindt.

Inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten

Zowel het aantal opnamen als het aantal ontslagen in de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten is in 1993 vergeleken met 1992 opvallend gestegen: van 17,1% tot 17,8%. De stijging is te verklaren door een toename van het aantal kortdurende opnames.

Het aantal erkende bedden is toegenomen met 512 (1,6%) en het aantal verpleegdagen met 1,4%. De bezettingsgraad in deze instellingen blijft op een hoog niveau gehandhaafd; 100,7% in 1993.

In de periode van 1980 tot 1993 is het aantal bedden met 3.575 toegenomen tot 32.586, oftewel 0,9% gemiddeld per jaar. Het aantal verpleegdagen is gedurende die tijd met 1,1% gemiddeld gestegen. Het CBS noemt in zijn rapport een aantal ontwikkelingen die hierop van invloed zijn geweest: In deze sector bestaat al vele jaren een wachtlijst terwijl reguliere uitbreiding van de zorg in de vorm van meer klinische bedden en meer plaatsen voor dagopvang niet voldoende armslag biedt. Per 1 januari 1990 is het besluit '2% vrije marge erkenningen zwakzinnigeninrichtingen en verpleeginrichtingen' van .

Tabel. Algemene gegevens intramurale gezondheidszorg naar categorie instellingen (vervolg).

	1980	1985	1990	1991	1992	1993*
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	21.193	22.822	22.427	22.303	23.593	25.809
overleden patiënten	16.791	18.175	19.998	19.824	20.601	22.864
verpleegdagen (x 1.000)	16.526	17.608	18.347	18.519	18.860	19.179
bezettingsgraad (%)	96,9	97,9	97,3	97,5	97,9	98,0
dagbehandeling:						
gemiddeld aantal plaatsen	1.624	2.533	3.219	3.321	3.531	3.743
behandelingsdagen (x 1.000)	298	569	752	795	845	906
MEDISCHE KINDERTEHUIZEN						
instellingen	19	12	12	12	12	12
gemiddeld aantal plaatsen	1.081	694	665	665	659	650
opnamen	1.254	720	481	449	461	458
ontslagen						
(exclusief overleden kinderen)	1.344	705	493	447	445	487
overleden kinderen	-	2	2	3	1	-
verpleegdagen (x 1.000)	327	230	229	231	233	229
bezettingsgraad (%)	82,6	90,9	94,1	95,1	96,6	96,6
MEDISCHE KLEUTERDAGVERBLIJVEN						
instellingen	24	26	32	34	42	46
gemiddeld aantal plaatsen	1.553	1.797	2.096	2.188	2.351	2.413
opnamen	988	1.132	1.304	1.320	1.512	1.453
ontslagen (exclusief overleden kleuters)	919	1.034	1.311	1.221	1.346	1.407
overleden kleuters	-	-	3	-	-	1
verzorgings/behandelagen (x 1.000)	357	438	515	535	574	595
bezettingsgraad (%)	92,8	97,1	99,7	97,8	96,3	97,2
INRICHTINGEN VOOR ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTEN						
instellingen	13	12	13	11	12	12
gemiddeld aantal bedden	1.791	1.579	1.428	1.440	1.446	1.365
opnamen	218	218	204	209	216	216
ontslagen (exclusief overleden pupillen)	348	279	221	204	227	234
overleden pupillen	-	5	5	4	3	-
verpleegdagen (x 1.000)	552	419	361	372	355	346
bezettingsgraad (%)	84,2	72,7	69,3	70,7	67,1	69,5
OVERIGE INSTELLINGEN ³						
instellingen	193	104	64	50	46	32
gemiddeld aantal bedden	3.525	2.199	1.333	1.070	1.027	721
opnamen	3.132	2.805	2.717	507	479	139
ontslagen (incl. overledenen)	3.814	3.018	2.876	581	807	345
verpleegdagen (x 1.000)	1.262	772	459	385	370	229
ALLE INSTELLINGEN						
instellingen	1.025	892	817	799	799	791
gemiddeld aantal bedden/plaatsen	181.412	178.662	177.582	177.287	178.079	178.360
opnamen (x 1.000)	1.664	1.660	1.633	1.647	1.669	1.687
ontslagen						
(exclusief overledenen, x 1.000)	1.598	1.590	1.562	1.576	1.599	1.612
overleden	65.366	70.003	71.637	69.494	69.601	74.253
verpleegdagen (x 1.000)	60.046	58.611	57.141	57.161	57.402	57.497

1. Erkende bedden c.q. plaatsen. Bij de ziekenhuizen is er tot en met 1981 sprake van beschikbare bedden. Bij de psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor zwakzinnigen en verpleeghuizen is dit tot en met 1984 het geval.
2. Incl. gegevens van enkele dagklinieken.
3. Deze gegevens hebben betrekking op de zogeheten 1 oktober-bedden en op 'het Dorp' te Arnhem.

kracht geworden; hierdoor is het mogelijk om 2%, inmiddels 4%, meer capaciteit te benutten dan in de erkenningsbeschikking staat aangegeven. Op grond van de 'Subsidieregeling substitutie zwakzinnigen-inrichtingen en verpleeginrichtingen' kan een deel van de klinische bedden-capaciteit en de daarmee samenhangende menskracht en financiële middelen worden aangewend voor alternatieve vormen van zorg, bijvoorbeeld thuiszorg.

Verpleeghuizen
Op de afdelingen van verpleeghuizen voor somatisch zieken is de bedden-capaciteit met 0,8% afgenomen; de bedden-capaciteit voor psychogeriatrische patiënten is daarentegen met 4,7% toegenomen. Voor alle verpleeghuizen samen is de bedden-capaciteit gestegen met 1,9%. Ook in deze sector neemt zowel het aantal dagbehandelingsplaatsen als dagbehandelingen toe.
Van 1980 tot 1993 is het aantal bedden in verpleeghuizen met een gemiddelde van 1,1% per jaar toegenomen tot 53.641. Het aantal verpleegdagen is gegroeid met 1,2% en het aantal van dagbehandelingen met 6,6%.

*
* *

In 1993 zijn de **kosten van de gezondheidszorg** de grens van 50 miljard gepasseerd, namelijk 50,2 miljard gulden. De kosten voor de *intramurale gezondheidszorg* zijn, volgens het CBS, in 1993 gestegen met 4,2% tot 27,6 miljard gulden, dat wil zeggen ruim de helft van de kosten voor de totale gezondheidszorg. De kosten voor inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten zijn het meest gestegen: met 6,3%. Ter vergelijking: de kosten van de ziekenhuizen zijn met 3,5% omhooggegaan.
De kosten voor de *extramurale gezondheidszorg* zijn naar verhouding meer gestegen dan die voor de intramurale: 4,6%. De kosten van specialistenpraktijken zijn gedaald met 3,9% tot 2,7 miljard gulden. Dit is vooral toe te schrijven aan de per 1 april 1993 doorgevoerde tariefverlagingen. De kosten van huisartspraktijken zijn met 3,6% toegenomen tot 2,3 miljard gulden. De grootste stijging (8,8%) van de kosten is toe te schrijven aan genees-, verband- en hulpmiddelen. •
(S.W.)

Is er straks wel of geen werk voor verplegenden en verzorgenden?

Als er geen krachtige beleidsmaatregelen worden genomen, zullen er grote tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel ontstaan. Dit staat in de 'Toekomstverkenning arbeidsmarkt zorgsector', die het Researchcentrum voor Onderzoek en Arbeidsmarkt van de Rijksuniversiteit Limburg heeft opgesteld in opdracht van WVC. Het centrum ging uit van drie scenario's: een doormodder-scenario, een evenwichtige-groei-scenario en een coördinatie-scenario.

In het doormodderscenario wordt ervan uitgegaan dat het beleid voor de zorgsector niet wezenlijk verandert. De komende jaren loopt de arbeidsmarkt dan volledig vast. Vrijwel alle deelsectoren binnen de gezondheidszorg zullen op den duur te kampen krijgen met enorme tekorten aan verpleegkundigen en (zieken)verzorgenden, waardoor aan een deel van de zorgbehoefte niet zal kunnen worden voldaan en de werkdruk nog meer zal toenemen.

In het evenwichtige-groei-scenario kunnen personeelstekorten grotendeels worden voorkomen, op voorwaarde dat er een ingrijpende stelselherziening wordt doorgevoerd. In dit scenario is sprake van tech-

nologische en organisatorische vernieuwingen in de verschillende zorgsectoren, mede als gevolg van de sterke concurrentie tussen de verschillende aanbieders van zorg. Door dergelijke vernieuwingen, die u nog moeilijk van de grond komen, kan een aanzienlijke produktiviteitsstijging optreden. Ook kan de gemiddelde ligduur erdoor worden verkort. Uit efficiency-overwegingen zal de zorgvraag verschuiven van de dure naar de goedkopere vormen van zorg. Vooral de thuiszorg zal een groter deel van de zorgbehoefte voor haar rekening gaan nemen. Door de meer marktconforme salariëring en secundaire arbeidsvoorwaarden zal er een geringer personeelsverloop zijn. Daarnaast zal door het verbeterde imago van de zorgberoepen de belangstelling van jongeren voor werk in de sector groeien.

In het coördinatie-scenario worden grote personeelstekorten eveneens voorkomen. In dit scenario wordt ervan uitgegaan dat er een stelselherziening zal plaatsvinden die het de zorgverzekeraars mogelijk maakt de instellingen beter tegenspel te bieden. Ook in dit scenario verdwijnen de belemmeringen binnen het huidige budgetteringssysteem die ziekenhuizen

nu nog tegenkomen als zij efficiency-verbeterende technieken willen aanwenden. Bovendien zal, gezien de nadruk die de overheid wil gaan leggen op de kwaliteitscontrole, in de verschillende zorgsectoren veel doelmatiger worden gewerkt. Het coördinatie-scenario kenmerkt zich in het bijzonder door een verschuiving van de intramurale naar de extramurale zorg. Door verbeteringen van de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector en aanpassingen in het stelsel van de sociale zekerheid zal de participatie van vrouwen in het arbeidsproces toenemen; daardoor is ook hier sprake van een veel geringere vervangingsbehoefte dan in het doormodder-scenario. Door een adequaat opleidings- en scholingsbeleid zullen de zorginstellingen ook beter in staat zijn nieuwkomers te recruter. Sectorale opleidingsfondsen kunnen een betere financieringsgrondslag voor de in-service opleidingen creëren. Het leerlingenaantal van de in-service opleidingen zal daardoor veel minder gaan schommelen, terwijl het verschijnsel dat leerling-verpleegkundigen direct na het behalen van hun diploma worden ontslagen niet meer zal worden waargenomen. •

Vereniging voor dagverpleging

Recent is opgericht de Nederlandse Vereniging voor Dagverpleging en Kortverblijf (NVDK). Een ieder die bij dagverpleging en kort verblijf betrokken is, hetzij uitvoerend, hetzij organisatorisch, financieel of beleidsmatig, kan zich bij de vereniging aansluiten. Op termijn kunnen desgewenst binnen de vereniging divisies of secties in het leven worden geroepen die zich specifiek richten op een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld medisch specialisten, ziektekostenverzekeraars, zie-

kenhuisdirecties en verpleegkundigen.

Meer informatie is te krijgen bij de initiatiefnemers: Peter Go, chirurg Academisch Ziekenhuis Maastricht (tel. 043-875477), Hans Koenders, hoofd dagverpleging Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem (tel. 085-529177), Nic de Zwaan, anesthesioloog St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein (tel. 03402-92296), Monica Grasveld en Dorine Duwel, respectievelijk staf- en projectmedewerker Centraal Begeleidingsorgaan, Utrecht (tel. 030-960647). •

Commissie Verzorging

Medio juli heeft de voorzitter van het bestuur van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, mw mr E. Veder-Smit, de Commissie Verzorging geïnstalleerd. Staatssecretaris Simons van WVC had het centrum hier eerder dit jaar om verzocht. De Commissie Verzorging richt zich op verzorgenden, gediplomeerd en ongediplomeerd helpenden in de gezinsverzorging, de bejaardenverzorging, de kraamzorg en de lichamelijke gehandicaptenzorg. Ze kreeg tot taak de problemen op het gebied van de beroepsontwikkeling, de opleiding en de werkdruk in de sector verzorging te analyseren en voorstellen te doen om de aantrekkelijkheid van het beroep te waarborgen en te vergroten. De Commissie Verzorging is vergelijkbaar met de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, die in 1991 haar adviesrapport heeft uitgebracht: 'In hoger beroep'. •

Eén inspectie voor de gezondheidszorg

Er komt één Inspectie voor de Gezondheidszorg. Die komt in de plaats van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Inspectie voor de Geneesmiddelen. Ook wordt een nieuwe regio-indeling van kracht; er zijn straks zeven inspectie-regio's: Groningen/Friesland/Drenthe,

Overijssel/Gelderland, Flevoland/Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland, Noord-Brabant/Zeeeland, en Limburg. De nieuwe inspectie zal worden geleid door een college van hoofdinspecteurs. Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg is per 1 september 1993 J. Verhoeff, psychiater, tot dan geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. •

De korte verwijskaart als surrogaat voor de consultkaart

Een Amsterdamse evaluatie

S.E.J. Arts, T.J.J.M.T Kersten
en D. Wijkkel

In 1991 is een nieuw verwijskaarten-systeem ingevoerd. De vertrouwde verwijskaart werd vervangen door drie kaarten, waaronder de zogenoemde korte kaart. Uit een onderzoek onder huisartsen en specialisten in Amsterdam blijkt dat een van de belangrijkste doelen die men zich bij invoering van het nieuwe systeem had gesteld: het versterken van de centrale positie van de huisarts, niet is bereikt.

IN ONS SYSTEEM van gezondheidszorg wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts over het algemeen beschouwd als een belangrijke verworvenheid. Er zijn slechts weinigen die aan dit principe willen tornen, maar er zijn wel critici die aanpassingen van het huidige systeem voorstaan.

Een onder huisartsen veel gehoorde klacht is, dat een verwezen patiënt 'uit het zicht' verdwijnt. Specialist zouden patiënten soms te lang onder behandeling houden en de huisarts te laat of onvoldoende op de hoogte brengen van de situatie van de patiënt. Huisartsen vragen daarom al geruime tijd om de invoering van een advies- of consultkaart die het de huisarts mogelijk maakt een specialist te consulteren zonder overdracht van de behandeling.¹ Deze consultkaart wordt ook aanbevolen in het advies van de commissie-Biesheuvel.²

In 1991 werd zonder veel ophef een nieuw verwijskaartensysteem ingevoerd, waarin de vertrouwde verwijskaart werd vervangen door drie kaarten (dit nieuwe systeem werd voorbereid in het Vijfpartijenoverleg; de huisartsenorganisaties waren hierin niet vertegenwoordigd). De huisarts kreeg een 'korte' en een 'lange' kaart: de korte kaart voor diagnose en kortdurende behandeling (afhankelijk van het specialisme één of twee maanden), de lange kaart voor diagnose en behandeling van maximaal twaalf maanden. De derde kaart

betreft een aanvullende kaart, die van de korte kaart een lange maakt; de specialist dient deze kaart door de huisarts te laten tekenen voordat kan worden gedeclareerd (de huisarts kan dit weigeren). Voor een verwijzing naar een academisch ziekenhuis veranderde niets. De consultkaart is in het nieuwe systeem dus niet opgenomen.

In een gezamenlijke folder van de LHV, LSV en VNZ worden de volgende doelstellingen genoemd:

- voorkomen dat er onnodig verwijzing naar de tweede lijn plaatsvindt;
- bevorderen dat sneller naar huisartsen wordt terugverwezen.

Wij stelden ons de vraag of het nieuwe verwijskaartensysteem de huisarts werkelijk meer mogelijkheden biedt om de duur van de behandeling in de tweede lijn te bepalen en op die manier de hoeveelheid en kosten van de tweedelijnszorg te beïnvloeden. In dit artikel doen wij verslag van een interviewronde langs huisartsen en specialisten in Amsterdam en worden de gegevens gepresenteerd over het gebruik van de verschillende kaartsoorten in het jaar direct na invoering van het nieuwe systeem. Achterliggend doel was, aan de hand van deze gegevens aanbevelingen te doen voor een verbetering van de verwijsrelatie tussen huisartsen en specialisten.

Methode

Het Amsterdamse ziekenfonds ZAO stelde een geanonimiseerd bestand ter beschikking waarin alle gedeclareerde verwijskaarten waren opgenomen die tussen augustus 1991 en augustus 1992 door 366 Amsterdamse huisartsen waren uitgeschreven. Het betreft verwijskaarten, uitgeschreven voor ongeveer 470.000 ZAO-ziekenfondsverzekerden. Met deze gegevens was het mogelijk te beschrijven in hoeverre huisartsen de korte kaart gebruiken.

Dit bestand werd tevens gebruikt om een afgewogen selectie te maken van huisartsen en specialisten die we (via het ziekenfonds) om medewerking vroegen voor een interview. We selecteerden onder ande-

ren huisartsen die veel en huisartsen die relatief weinig korte kaarten uitschreven.⁴ Van maart tot september 1993 werd met 29 specialisten werkzaam in de zes algemene Amsterdamse ziekenhuizen en met 29 huisartsen die voornamelijk op deze algemene ziekenhuizen waren georiënteerd, semi-gestructureerde interviews gehouden. De interviews waren gericht op de evaluatie van het nieuwe verwijskaartensysteem (heeft de huisarts bijvoorbeeld door het gebruik van korte kaarten meer invloed gekregen in de tweede lijn?). Ook werd gevraagd naar specifieke voordelen en nadelen van het systeem. Tenslotte werd gevraagd welke oplossingen men zag voor de geconstateerde problemen, waarbij onder andere de consultkaart aan de orde werd gesteld.

Gebruik korte kaart

De Amsterdamse huisartsen hebben gemiddeld 57% korte kaarten uitgeschreven van het totaal aan korte en jaar kaarten, met een minimum van 12,6% en een maximum van 90,1% (standaarddeviatie 13,6%). Bij 15,3% van alle korte kaarten werd deze gevolgd door een aanvullende kaart, met een minimum van 4% en een maximum van 30,4% (standaarddeviatie 4,3%). Als we ook de aanvullende kaarten meetellen, werd in de periode augustus 1991 tot augustus 1992 in Amsterdam 48% als korte kaart uitgeschreven, 43% als jaar kaart en gaat het bij 9% om een aanvullende kaart. Een soortgelijke verhouding heeft ook Post gevonden.⁵ Hij analyseerde de verwijskaarten van Zwolse ziekenfondspatiënten over het tweede halfjaar van 1991 en vond respectievelijk de percentages 51%, 41% en 8%.

De figuur geeft de verdeling van de drie verwijskaarten per specialisme weer. Voor elk specialisme zijn de percentages korte, aanvullende en jaar kaarten aangegeven. Deze figuur laat duidelijke verschillen tussen de specialismen zien. Dit is een aanwijzing, dat huisartsen een korte kaart niet willekeurig gebruiken maar een onderscheid maken voor welk specialisme de kaart wordt uitgeschreven. Tevens kan eruit worden opgemaakt, dat een aantal snijdende specialismen een relatief ho-

ger percentage aanvullende kaarten heeft dan de beschouwende specialismen. De tabel laat zien dat er duidelijke verschillen zijn tussen de specialismen wat betreft het percentage korte kaarten dat door een aanvullende kaart wordt gevolgd. Tevens staan in deze tabel de vergelijkbare percentages die Post heeft gevonden en de verhouding tussen deze percentages. Over het algemeen blijkt, dat het percentage korte kaarten dat wordt gevolgd door een aanvullende kaart voor de verschillende specialismen in Amsterdam en in Zwolle ongeveer gelijk is; alleen de interne geneeskunde, de kindergeneeskunde en de neurologie scoren wat dit betreft in Amsterdam hoger.

Evaluatie nieuw systeem

Introductie

Uit de gesprekken met huisartsen en specialisten kwam als algemene klacht naar voren dat het nieuwe systeem slecht is geïntroduceerd. De informatie die in de folder stond was niet helder en onvolledig. Zo bleek bij veel artsen onduidelijkheid te bestaan over de geldigheidsduur van een korte kaart (men was vaak van mening dat een korte kaart drie maanden geldig is).

In welke gevallen men een korte kaart zou moeten uitschrijven en wanneer een jaarkaart, wordt niet eenduidig opgevat. Sommige huisartsen schrijven korte kaarten uit om specialisten te dwingen terug te rapporteren na één of twee maanden, anderen willen de administratieve rompslomp niet en schrijven vrijwel altijd een jaarkaart uit.

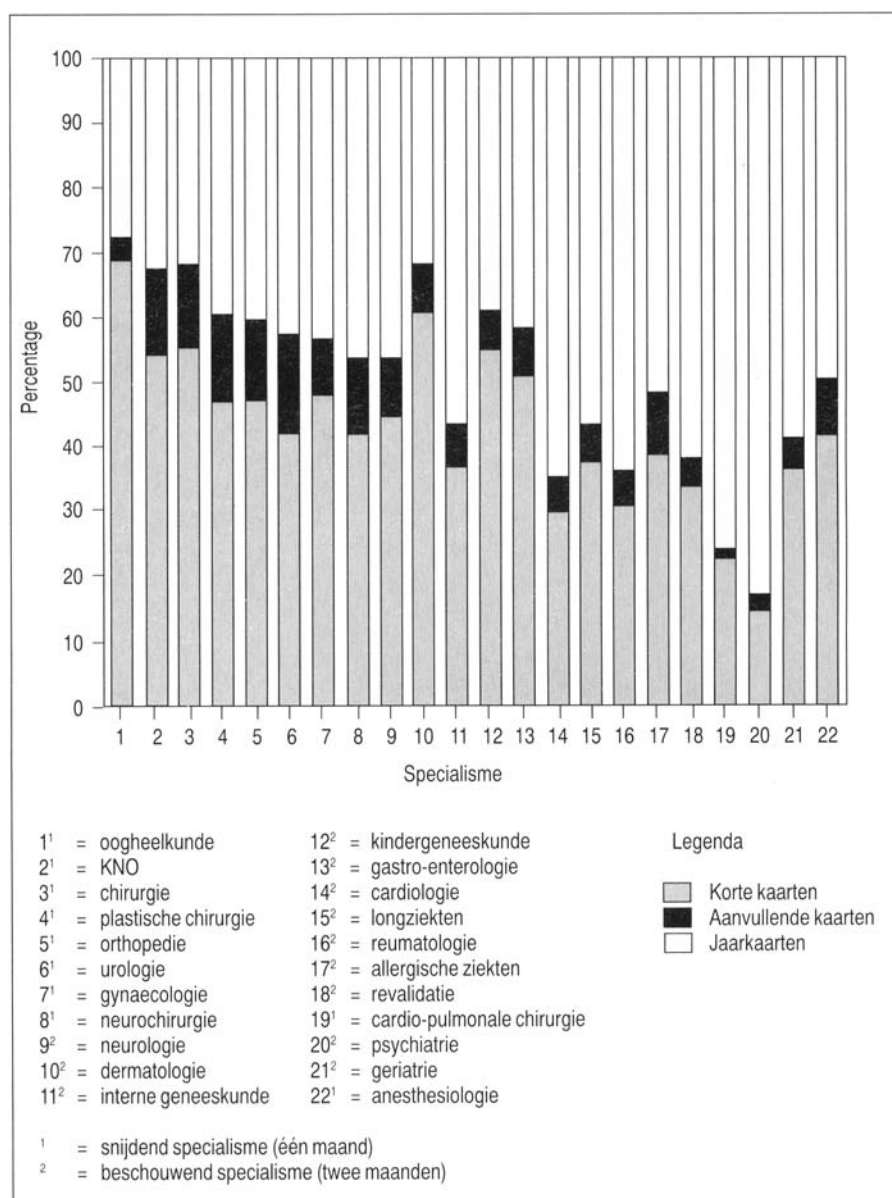
Sommige specialisten hebben een eigenzinnige manier van handelen ontwikkeld. Verschillende artsen meldden dat een specialistenmaatschap uitsluitend korte kaarten accepteerde.

Mening huisartsen

Veel huisartsen zijn van mening dat de beoogde doelen niet zijn bereikt. Driekwart van de huisartsen is het oneens met de stelling dat ze met de korte kaart een mogelijkheid hebben gekregen om meer invloed in de tweede lijn uit te oefenen, laat staan dat ze daadwerkelijk invloed hebben kunnen uitoefenen. Wederom driekwart van de geïnterviewde huisartsen heeft geen verandering gemerkt in het terugverwijsbeleid van de specialisten (er werd niet sneller terugverwezen). Dat de huisarts met de korte kaart een kostenbeheersing in de tweede lijn zou moeten bewerkstelligen, vinden de meeste huisartsen een praktisch niet te halen doelstelling.

Over de aanvullende kaarten die specialisten aanvragen, zegt meer dan de helft

Figuur. Verdeling van korte, jaar- en aanvullende kaarten over de specialismen.



van de huisartsen dat ze deze kritisch bekijken. Bij verder doorvragen wordt echter duidelijk, dat dit 'kritisch bekijken' in bijna alle gevallen toch leidt tot het afgeven van een aanvullende kaart. Zelden wordt een aanvullende kaart geweigerd of wordt er contact opgenomen met de betrokken specialist. Verwacht was dat het contact tussen eerste en tweede lijn zou toenemen als gevolg van de invoering van de korte kaart, maar de geïnterviewde huisartsen hebben hierin geen verandering opgemerkt.

Een inventarisatie van problemen die huisartsen ondervinden met het nieuwe verwijskaartensysteem leverde een lijst van veertien problemen op. De meest genoemde bezwaren luiden: "De beoogde doelen worden niet bereikt" (5x), "Er is te weinig controle op de terugrapportageplicht van de specialist, waardoor de terug-

rapportage verder verslechtert" (6x) en: "Het systeem heeft meer administratief werk opgeleverd, vooral de rompslomp rond de aanvullende kaart" (17x). Van alle suggesties voor verandering van het huidige systeem toonden de huisartsen zich het meest positief ten aanzien van de consultkaart.

Mening specialisten

Meer dan de helft van de geïnterviewde specialisten was van mening, dat de korte kaart de huisartsen niet de mogelijkheid heeft geboden meer invloed in de tweede lijn uit te oefenen. Tevens zeggen de meeste van hen patiënten niet sneller dan voorheen terug te sturen naar de eerste lijn. De specialisten bevestigen de mening van de huisarts, dat de aanvullende kaart "slechts zelden wordt geweigerd". Een ander punt waarover huisartsen en spe-

Tabel. Percentages korte kaarten dat gevolgd wordt door een aanvullende kaart in Amsterdam en in Zwolle.

specialisme	percentage korte kaarten gevolgd door aanvullende kaarten		
	ZAO	Post	ratio ZAO/Post
<i>oogheelkunde</i>	4%	4%	1
<i>KNO</i>	26%	27%	0,96
<i>chirurgie</i>	23%	18%	1,28
<i>orthopedie</i>	26%	24%	1,08
<i>urologie</i>	40%	29%	1,38
<i>gynaecologie</i>	18%	18%	1
<i>plastische chirurgie</i>	31%	36%	0,86
<i>dermatologie</i>	13%	11%	1,18
<i>interne geneeskunde</i>	17%	10%	1,7
<i>kindergeneeskunde</i>	13%	8%	1,63
<i>cardiologie</i>	16%	12%	1,3
<i>longziekten</i>	16%	14%	1,14
<i>neurologie</i>	19%	10%	1,9
<i>overige</i>	23%	-	-

cialisten het eens waren is, dat in het contact tussen beide groepen geen verandering is gekomen door de invoering van de korte kaart.

De inventarisatie van problemen die de geïnterviewde specialisten met het systeem ondervinden, leverde eveneens een lijst van veertien problemen op. De meest genoemde luiden: “De beoogde doelstellingen worden niet bereikt”(4x), “De termijn van de korte kaart is te kort”(9x) en: “De hoeveelheid administratief werk is toegenomen, vooral het werk rond de aanvullende kaart”(15x). Een aantal specialisten gaf aan, dat om deze reden van het aanvragen van aanvullende kaarten werd afgezien; de extra inkomsten (voor sommige specialismen niet meer dan f 10) wegen niet op tegen de extra tijd die het kost om de administratie af te handelen.

Conclusies

Op basis van de interviews met 29 huisartsen en 29 specialisten moet als voor naamste conclusie worden getrokken, dat een van de onderliggende doelstellingen van het nieuwe verwijskaartensysteem: het versterken van de centrale positie van de huisartsen, niet is bereikt. Het idee dat met het invoeren van een korte kaart en het - via het sanctioneren van de aanvullende kaart - betrekken van de huisarts in de beslissing wel of niet langer te handelen de invloed van de huisarts op de duur van de behandeling in de tweede lijn zou zijn vergroot, blijkt in de Amsterdamse situatie niet bewaarheid. Het hanteren van de korte kaarten heeft naar de mening van huisartsen en specialisten dan ook niet geleid tot enige vorm van kostenbeheersing in de tweedelijsgezondheidszorg. De oorzaak voor de geringe effectiviteit

van het systeem wordt door de geïnterviewde artsen zowel gezocht in het handelen van de artsen, in een soms kwetsbare relatie als in het verwijskaartensysteem zelf. Opmerkelijk is, dat een aantal specialisten aangaf dat het systeem in potentie de huisartsen in staat stelt de kosten te beheersen, maar dat daar in de praktijk niets van terecht kwam.

Ondanks deze negatieve evaluatie blijken huisartsen toch van de nieuwe kaartsoort gebruik te maken. Huisartsen schrijven voor meer dan de helft van de verwijzingen een korte kaart uit. In ongeveer 15% van de gevallen wordt deze gevolgd door een aanvullende kaart.

Het verzoek om een aanvullende kaart bleek zowel voor huisartsen als voor specialisten een problematisch gebeuren. In de praktijk wordt een aanvullende kaart hoogst zelden door de huisarts geweigerd.

De interviews leverden dus een duidelijk negatief beeld op. We moeten echter wijzen op een aantal beperkingen van ons onderzoek. In de eerste plaats is het uitgevoerd in Amsterdam, waar de verhoudingen tussen huisartsen en specialisten specifiek kunnen zijn. We zijn ook nadrukkelijk op zoek gegaan naar problemen en knelpunten; dit kwam tot uiting in de selectie van huisartsen en specialisten voor een interview, alsook in het interview zelf.

Er is echter een aantal duidelijke lessen te trekken.

In de eerste plaats is de introductie verre van optimaal gewenst. De huisartsenorganisaties zijn ook nauwelijks betrokken geweest bij de vormgeving van het systeem. Ook de ziekenfondsen zijn kennelijk door het nieuwe systeem overvallen.

De huisartsen klaagden er bijvoorbeeld over, dat ze niet altijd over de gewenste kaartsoort konden beschikken en dat de kaarten niet in de bijgeleverde enveloppen pasten. De ziekenfondsen kunnen verder niet controleren of er binnen één jaar voor dezelfde patiënt door één specialist twee keer een korte kaart is gedeclareerd.

Er kleven ook bezwaren aan het systeem zelf. Zo bleek de geldigheidsduur van een korte kaart vaak te krap om het gezondheidsprobleem helder te krijgen. Dit heeft vooral te maken met de wachttijden voor een vervolgconsult of het wachten op de resultaten van diagnostisch onderzoek. Verschillende artsen stelden, dat een grotere invloed van huisartsen op de duur van de behandeling in de tweede lijn niet samenhangt met de kleur van een verwijskaart, maar met goede contacten en afspraken tussen de beroepsgroepen.

De consult- of advieskaart zou een goede aanvulling op het verwijssysteem kunnen zijn, mits hij selectief door huisartsen wordt gebruikt, bijvoorbeeld om binnen samenwerkingsrelaties tussen huisartsen en specialisten de consultantfunctie te stimuleren.

Consultatie van (dus niet verwijzen naar) specialisten door huisartsen en ook bijvoorbeeld een eenmalig huisbezoek door de specialist wordt in het huidige systeem belemmerd door het ontbreken van een adequate honorering. De door ons onder-vraagde huisartsen zijn er in meerderheid voorstander van, maar onder specialisten bestaat er een duidelijke weerstand tegen.

Wij zijn benieuwd of dit onderdeel van het advies van de commissie-Biesheuvel in de praktijk zal worden ingevoerd.

Wij danken de leden van de begeleidingscommissie van het project voor hun stimulerende inbreng, maar ook de huisartsen en specialisten die bereid bleken ons hun ervaringen te vertellen. •

S.E.J. Arts en T.J.J.M.T. Kersten
zijn als onderzoeker werkzaam bij het Nivel te Utrecht

dr D. Wijkel
is verbonden aan het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU Ziekenhuis Amsterdam

Literatuuropgave

1. Leerling RJ. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Medisch Contact 1978; 33: 1571-3.
2. Gedeelde zorg: betere zorg. Rijswijk: Commissie Modernisering Curatieve Zorg [commissie- Biesheuvel], 1994.
3. Verwijzen Nieuwe Stijl. Landelijke Huisartsen Vereniging/Landelijke Specialisten Vereniging/Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, 1991.
4. Arts SEJ, Wijkel D. Evaluatie van het nieuwe verwijskaartensysteem in Amsterdam. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU ziekenhuis, 1994.
5. Post D. Het nieuwe verwijskaartensysteem. Medisch Contact 1992; 47: 1059-62.

Wijziging van de Opiumwet

DE OPIUMWET is in 1976 ingrijpend veranderd. Reden daarvoor was, dat Nederland was toegetreden tot het *Enkelvoudig Verdrag van de Verenigde Naties*; het wettelijk instrumentarium om te kunnen voldoen aan de verplichtingen van deze 'Convention on Narcotic Drugs' werd vastgelegd in de Opiumwet. In 1993 heeft het Nederlandse parlement besloten, dat Nederland ook toetreedt tot een ander VN-Verdrag, het *Verdrag inzake Psychotrope Stoffen*. Om aan de verplichtingen van dit Verdrag te kunnen voldoen, is de Opiumwet opnieuw gewijzigd. Door publikatie in het Staatsblad 309 van 3 mei 1994 is de gewijzigde Opiumwet in werking getreden.

De veranderingen raken niet alleen de (dieren)arts en de apotheker, maar ook de fabrikant, handelaar en importeur van (humane en veterinaire) geneesmiddelen en grondstoffen. Let wel: de Opiumwet heeft niet alleen betrekking op de gereede geneesmiddelen, maar ook op de grondstoffen van Opiumwetmiddelen.

De lijst van Opiumwetmiddelen is uitgebreid met zo'n honderd barbituraten en benzodiazepinen.

In het kort komt het erop neer, dat de Opiumwet is uitgebreid met een groot aantal barbituraten en benzodiazepinen. Deze middelen staan in hoofdzaak op Lijst II, onderdeel a, onder 1 en 2, van de gewijzigde Opiumwet. Het betreft middelen zoals oxazepam (Seresta), diazepam (Valium) en phenobarbital, maar ook misschien minder bekende middelen als pentazocine (Fortral), buprenorphine (Temgesic) en glutethimide. (Dieren)artsen en apothekhoudenden moeten zich bewust zijn, dat deze middelen nu de status van Opiumwetmiddelen hebben gekregen. In de praktijk vallen de gevolgen mee. Het voorschrijven van de nieuwe middelen mag, met uitzondering van Lijst I,

onderdeel a, onder 1 (waarbij pentazocine en buprenorphine), op een gewoon recept plaatsvinden. Van die middelen behoeft, evenals bij de preparaten van de codeïne-categorie (Lijst I, onder B), dan ook geen doorlopende administratie van in- en uitslag te worden bijgehouden, zoals dat voor de klassieke Opiumwetmiddelen wel geldt. De preparaten van de codeïne-categorie mochten al op een gewoon recept worden voorgeschreven en afgeleverd en de aflevering behoeft niet als uitslag door apothekhoudenden in hun doorlopende administratie te worden bijgehouden.

dr R.J.J.Ch. Lousberg

De bewaring blijft voor de meeste nieuw aangewezen middelen ongewijzigd.

De bewaring van de 'klassieke' Opiumwetmiddelen - dus van vóór de onderhavige wijziging van de Opiumwet - blijft onveranderd, dus in de daartoe bestemde opiatenkast.

De preparaten van de recent nieuw aangewezen middelen (met uitzondering van Lijst II, onderdeel a, onder 1), behoeven niet in de opiatenkast en mogen blijven opgeslagen op de manier waarop dat ook nu gebeurt.

De grondstoffen van de nieuw aangewezen middelen moeten worden bewaard in de opiatenkast, dus bij de klassieke Opiumwetmiddelen. •

dr R.J.J.Ch. Lousberg,
inspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen in algemene dienst

Publikaties van recente wijzigingen van de Opiumwet

- Besluit tot vaststelling van de datum van inwerking-treding van de wet tot wijziging van de Opiumwet. Staatsblad 1994 309.
- Besluit tot wijziging van het Besluit aflevering Opiumwetmiddelen op recept. Staatsblad 1993 502.
- Besluit tot wijziging van het Besluit voorschrijven Opiumwetmiddelen. Staatscourant 29 april 1994, 83: 19.
- Wet tot wijziging van de Opiumwet. Staatsblad 1993 449.

Lijst II, behorende bij de Opiumwet Onderdeel a

1. Substanties, voorkomende op de Lijst III van het Psychotrope Stoffen Verdrag

amobarbital
buprenorphine
butalbital
cathine
cyclobarbital
gluthethimide
pentazocine
pentobarbital

preparaten die één of meer van vorenge-noemde substanties bevatten

2. Substanties, voorkomende op de Lijst IV van het Psychotrope Stoffen Verdrag

<i>allobarbital</i>	<i>loprazolam</i>
<i>alprazolam</i>	<i>lorazepam</i>
<i>amfepramon</i>	<i>lormetazepam</i>
<i>barbital</i>	<i>mazindol</i>
<i>benzfetamine</i>	<i>medazepam</i>
<i>bromazepam</i>	<i>mefenorex</i>
<i>butobarbital</i>	<i>meprobamaat</i>
<i>camazepam</i>	<i>methylphenobarbital</i>
<i>chlordiazepoxide</i>	<i>methypylon</i>
<i>clobazam</i>	<i>midazolam</i>
<i>clonazepam</i>	<i>nimetazepam</i>
<i>clorazepaat</i>	<i>nitrazepam</i>
<i>clotiazepam</i>	<i>nordazepam</i>
<i>cloxazolam</i>	<i>oxazepam</i>
<i>delorazepam</i>	<i>oxazolam</i>
<i>diazepam</i>	<i>pemoline</i>
<i>estazolam</i>	<i>phendimetrazine</i>
<i>ethchlorvynol</i>	<i>phenobarbital</i>
<i>ethinamaat</i>	<i>phentermine</i>
<i>ethylloflazepaat</i>	<i>pinazepam</i>
<i>etilamfetamine</i>	<i>pipradrol</i>
<i>fencamfamine</i>	<i>prazepam</i>
<i>fenproporex</i>	<i>propylhexedrine</i>
<i>fludiazepam</i>	<i>pyrovaleron</i>
<i>flunitrazepam</i>	<i>secbutabarbital</i>
<i>flurazepam</i>	<i>temazepam</i>
<i>halazepam</i>	<i>tetrazepam</i>
<i>haloxazolam</i>	<i>triazolam</i>
<i>ketazolam</i>	<i>vinylbital</i>
<i>lefetamine</i>	

preparaten die één of meer van vorenge-noemde substanties bevatten

Bron: Staatsblad 1993 449.



Een Wet Medische Experimenten

Waarom en waartoe?

B. Wijnberg

De binnenkort in werking tredende wettelijke regeling inzake medische experimenten met mensen bevat bepalingen die in de praktijk reeds grotendeels worden gevolgd. Van belang is, dat het veld aandacht blijft besteden aan de kwaliteit van eigen beoordelingen.

WAAROM Zouden we in Nederland een wettelijke regeling inzake experimenten moeten maken en waarvoor dient zo'n wet dan? Dit artikel beoogt een antwoord te geven op deze vraag. Tevens zal kort worden ingegaan op de belangrijkste bepalingen van de voorgenomen wetgeving en op een aantal dilemma's hierin. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de juridische situatie zoals die vanaf 1 september van dit jaar zal gelden.

Waarom?

Allereerst dus de vraag: waarom een wet? De vraag is een principiële en heeft te maken met het karakter van wetten. Wetten doen grosso modo twee dingen. Ten eerste kunnen ze een verbod of een gebod bevatten; daarmee verbieden ze bepaald gedrag van burgers dat tot dan toe was vrijgelaten. Ten tweede kunnen wetten nieuwe instanties in het leven roepen. Soms zijn we ons van het verbodskarakter van wetgeving niet zo bewust. In Nederland is het bijvoorbeeld verboden auto te rijden. De wettelijke verbodsbepaling eindigt echter niet met een punt, maar met een komma: het mag wel als je een rijbewijs hebt en je auto voorzien is van een kentekenbewijs.

In Nederland mag ik als jurist niet een ander een prik geven of in zijn huid een snede maken. Een arts mag dat in de uitoefening van zijn beroep wel. Waarom? Omdat hij met die handelingen een goed doel dient, namelijk de genezing van de patiënt.

We maken de casus echter moeilijker: waarom zou een arts een medisch experiment mogen doen met iemand, terwijl

helemaal niet zeker is dat in het belang van die persoon is en het bij een niet-therapeutisch experiment zelfs zeker niet in het belang is van die persoon?

In Frankrijk was het tot voor kort de officiële doctrine dat ook artsen geen experimenten mochten doen. Daarvoor was een wet nodig die dat toestond. Zo'n wet staat zulk handelen dan toe omdat er kennelijk met dat handelen een algemeen belang wordt gediend.

Een wet medische experimenten is nodig, zowel om het mogelijk te maken dat de arts straffeloos experimenten kan doen als om hem of haar daarbij voor te schrijven on-

handeling is geen experiment en is dus 'vrij'. In het wetsvoorstel is als omschrijving gekozen:

"Experiment: wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geneeskunst, waarvan deel uitmaakt het onderwerpen van personen aan handelingen of het opleggen aan personen van een bepaalde gedragswijze."

De wet bevat een aantal eisen waaraan een experiment moet voldoen - in wezen allemaal gezond verstand. De huidige tekst van het betreffende wetsartikel (artikel 3) is voor het gemak weergegeven in de bij dit artikel gereproduceerde *beslis-*

Bij experimenten met mensen is er sprake van een omgekeerde wereld

der welke omstandigheden dat mag en welke voorschriften daarbij in acht moeten worden genomen: "U mag het alleen als..."

Met opzet sta ik lang stil bij deze kant van de zaak, omdat dit naar mijn mening cruciaal punt is. De 'witte jas' die wil experimenteren, doet namelijk met zijn patiënt iets anders dan wat die patiënt mocht verwachten en waar die op rekt. In de grond van de zaak is er bij experimenten sprake van een omgekeerde wereld. De ethica professor Dupuis heeft het eens zo uitgedrukt: "De arts zoekt niet de therapie bij de patiënt, hij zoekt de patiënt bij de therapie." Tegen een arts die het directe belang van de individuele patiënt die genezing zoekt niet vooropstelt, moet die patiënt dus worden beschermd. De wet beoogt die bescherming aan de patiënt te bieden en tegelijkertijd bescherming te bieden aan de arts als hij experimenteert.

Bepalingen

Een van de eerste moeilijkheden waar we bij het maken van een wet - die dus zaken verbiedt - op stuiten is de omschrijving van het begrip 'experiment'. Want of een bepaalde handeling is een experiment, valt onder de wettelijke definitie en moet dus aan allerlei voorschriften voldoen, of die

boom. Hieruit is relatief gemakkelijk af te lezen wanneer iets wel of niet mag.

Hoofdzaak is, dat de toestemming van de proefpersoon in volle vrijheid moet kunnen worden gegeven. In dit kader is de bemoeienis te plaatsen van de wetgever met allerlei typen afhankelijkheidsrelaties. Bijvoorbeeld de werkgever die met zijn werknemer experimenten zou willen doen, mag dat niet. In het verlengde daarvan ligt de hoogleraar met zijn studenten. Nog weer een andere situatie betreft het geval dat afdeling A van het ziekenhuis experimenten wil doen met de patiënten van afdeling B, "omdat die er toevallig toch al liggen"; als die experimenten niets te maken hebben met de kwaal waarvoor die patiënten in dat ziekenhuis liggen, mag zo iets niet.

In hetzelfde kader moet ook de regeling worden gezien voor eventuele experimenten met kinderen, zwakzinnigen en anderen die niet of niet altijd zelf hun wil kunnen bepalen, korthedshalve aangeduid met de term 'wilsonbekwamen'. Daarvoor is het voorstel thans zo, dat therapeutische experimenten, die dus mede in het belang van de proefpersoon zijn, onder bepaalde voorwaarden mogelijk zijn, terwijl niet-therapeutische experimenten verboden zijn als ze niets te maken hebben met

de desbetreffende groep en net zo goed met anderen (wel wilsbekwame personen) kunnen worden gedaan; niet-therapeutische experimenten die wel iets met die groep te maken hebben zouden alleen dan zijn toegestaan als het bezwaar en het risico voor de proefpersoon gering zijn.

Aan niet-therapeutische experimenten worden dus strengere voorwaarden gesteld, ook procedureel (toetsing door de centrale commissie). Hier staat immers veel op het spel. Eens zullen we toch ook willen weten of en hoe zwakzinnigheid te verhelpen is en in de kinderoncologie willen we ook vooruitgang boeken.

Toepassing

De regels die hierboven zijn genoemd moeten worden toegepast door de medisch-ethische toetsingscommissie. De onderzoeker zelf doet er uiteraard verstandig aan hierop te anticiperen en zelf ook deze regels in acht te nemen.

Zowel de perifere toetsingscommissie als eventueel de centrale commissie geeft een 'oordeel'. Is dat oordeel negatief, dan mag het experiment niet plaatsvinden. Rood licht betekent dus stoppen. Wordt echter groen licht gegeven, dan is het medisch-ethische verkeersreglement anders dan het reglement dat in het gewone verkeer geldt: in het wegverkeer *moet* men dan doorrijden en hier *mag* men doorrijden. Het is - uiteraard - aan de verantwoordelijke directie van de instelling om te bepalen of het onderzoek ook daadwerkelijk van start gaat; er is slechts een wettelijke barrière weggehaald.

Tot zover de komende wet medische experimenten. Tenslotte de huidige juridische situatie en de veranderingen op zeer korte termijn.

Huidige situatie en veranderingen

Voor ziekenhuizen gelden op dit moment de erkenningseisen. Deze schrijven summier voor, dat bij medische experimenten een onafhankelijke medisch-ethische toetsingscommissie een positief advies moet hebben gegeven. Daarnaast treedt op 1 september van dit jaar de wettelijke regeling in werking die betrekking heeft op proeven met mensen met te registreren geneesmiddelen. Deze regeling geldt voor een ieder, of de setting nu een huisartspraktijk of een academisch ziekenhuis is. Het is een uitvloeisel van de richtlijn Good Clinical Practice (GCP) van de Europese Gemeenschap.

Voornaamste effect ervan is, dat een medisch-ethische toetsing verplicht is en dat het gehele proefverloop goed moet zijn gedocumenteerd. De regels van de Verklaring van Helsinki, in medische en in

onderzoekskringen inmiddels welbekend, zijn van toepassing.

Met deze regelingen is, op een voorlopige wijze, het veld van de medische experimenten met mensen redelijk afgedekt.

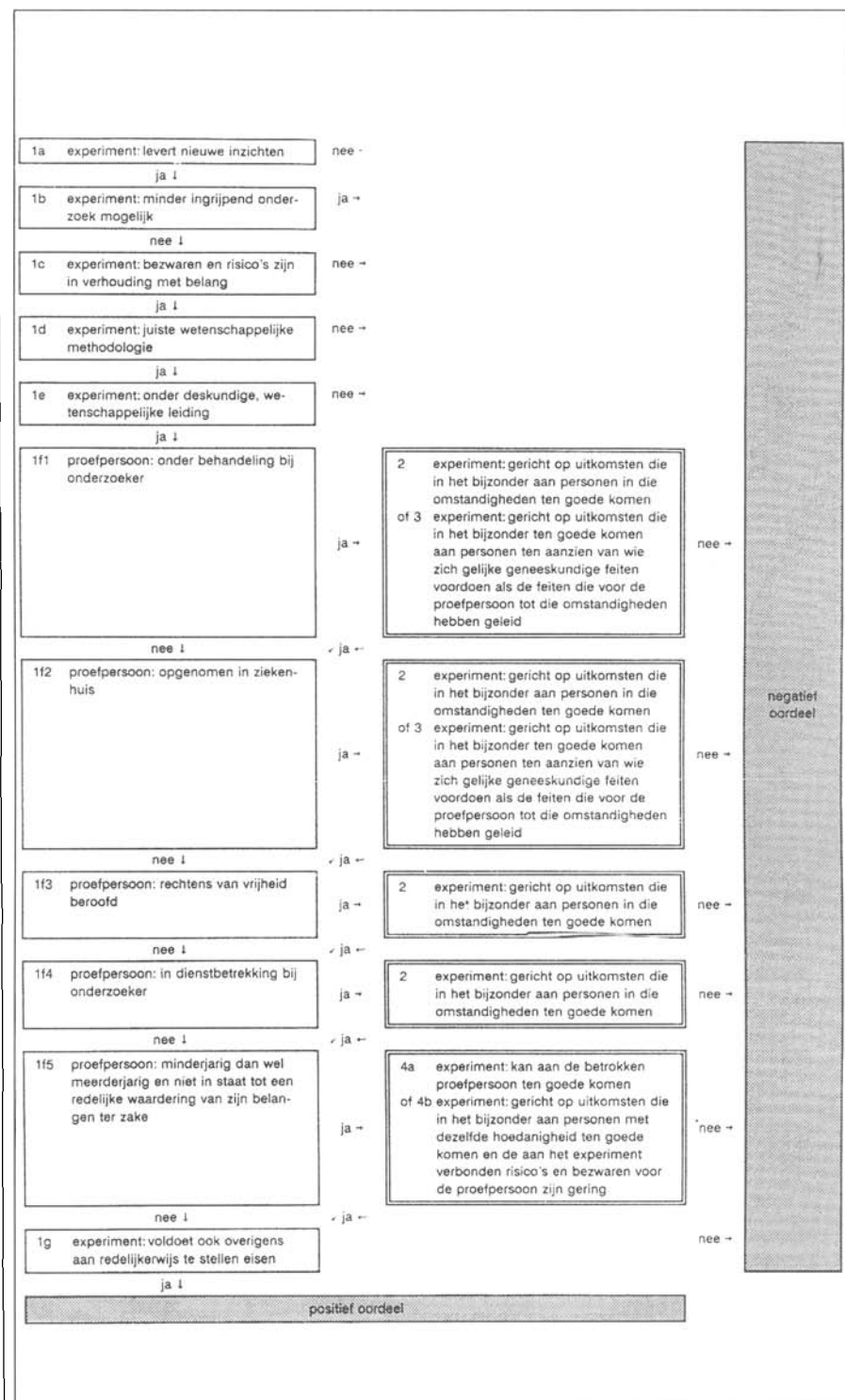
Conclusie

Er komt een veelomvattende wettelijke regeling aan, die in de praktijk reeds grotendeels pleegt te worden gevolgd. Tijdelijke wettelijke maatregelen bestrijken

reeds een groot deel van het te regelen gebied. Van belang zal zijn, dat het veld zelf aandacht blijft besteden aan zijn eigen kwaliteit van beoordelingen, zodanig dat publiek, parlement en kabinet daarin vertrouwen kunnen hebben. •

mr drs B. Wijnberg,
ministerie van WVC, directoraat van de Volksgezondheid

Beslisboom op basis van artikel 3 van de Wet Medische Experimenten.





Wet medische experimenten met mensen

Knelpunten

J. Bennebroek Gravenhorst

Op sommige punten van het wetsvoorstel inzake medische experimenten met mensen valt gegronde kritiek te uiten.

HET WETSVoorstel inzake medische experimenten (WME) heeft een lange voorgeschiedenis. Na een advies van de (toenmalige) Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1982 en een voorontwerp uit 1987, dat aanleiding gaf tot commentaar van verschillende zijden, werd het in april 1992 ingediend bij de Tweede Kamer.

Uit de Memorie van Toelichting en de discussies die naar aanleiding van dit wetsontwerp zijn gevoerd, valt af te leiden dat in bepaalde kringen in Nederland de indruk bestaat dat er waar het de medisch-ethische toetsing van experimenteel medisch onderzoek betreft, misstanden bestaan die wetgeving noodzakelijk maken. Men constateert een diversiteit in de advisering door de verschillende medisch-ethische toetsingscommissies (METC's) en wijst op het gevaar dat onderzoekers voor de beoordeling van hun experimenten op zoek gaan naar de minst 'lastige' commissie ('shopping').

De rechtvaardiging voor deze beweringen is een verwijzing naar het onderzoek van L. Bergkamp uit het eind van de jaren tachtig. Een kritische beoordeling van de opzet en de resultaten van dit onderzoek komt echter niet aan de orde. Ook blijkt nergens dat deze onderzoeksresultaten ooit zijn bevestigd. Evenmin wordt rekening gehouden met het feit, dat niet alleen uiteenlopende lokale omstandigheden verschillen in beoordeling kunnen verklaren: in Nederland hebben wij te maken met een in moreel opzicht pluriforme samenleving, waardoor eveneens een verschil in positiebepaling kan worden verklaard, hetgeen dus niet op een misstand behoeft te wijzen.

Toch zullen er weinig onderzoekers zijn die niet van mening zijn dat regelgeving op dit gebied gewenst is, vooral daar waar niet door zelfregulering structuren tot stand

kunnen worden gebracht en voor zover het principiële zaken betreft waar omwille van het algemeen belang de consensusvorming niet aan de direct betrokkenen kan worden overgelaten.

Er dient echter wel te worden opgemerkt, dat in de achterliggende jaren reeds een zekere organisatie en structurering van toetsing van medische experimenten heeft plaatsgevonden. Reeds vele jaren bestaan er regelmatig contacten tussen de METC's van academische ziekenhuizen/medische faculteiten onderling, maar ook met de METC's van de grote lokale ziekenhuizen. Deze contacten zijn in 1991 geformaliseerd door de oprichting van de Nederlandse Vereniging van Medisch Ethische Toetsings Commissies (NVMETC), waarbij thans ongeveer 300 leden zijn aangesloten, die zitting hebben in meer dan 60 METC's. Gegeven de gegroeide situatie is het wenselijk in een wettelijke structuur aan te sluiten bij dit niet-hiërarchische model, waarin de relatief zelfstandige lokale/regionale toetsingscommissies worden ondersteund en gedragen door een landelijk netwerk van collegiaal samenwerkende commissies. Een becommentariëring van het gehele voorstel van wet is in kort bestek niet mogelijk. Derhalve zal worden volstaan met het bespreken van enkele belangrijke knelpunten.

De centrale commissie

In het wetsvoorstel worden de bevoegdheden van een centrale commissie vastgesteld. Hierbij valt op, dat er is gekozen voor een centrale commissie met een uitgesproken gecentraliseerde hiërarchische en daardoor bureaucratische structuur. De commissie bestaat uit: personen deskundig op het gebied van de geneeskunde, farmacologie, de verpleegkunde, de gedragswetenschappen, de rechtswetenschap, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en de ethiek.

De centrale commissie is gemachtigd tot het erkennen van lokale commissies, mits deze aan een aantal in de wet gespecificeerde voorwaarden voldoen. De voorwaarden betreffen de samenstelling, werkwijze, rapportage en een minimum

aantal te beoordelen protocollen per jaar. Indien een lokale commissie niet meer aan de voorwaarden voldoet, kan haar erkenning door de centrale commissie worden ingetrokken.

De centrale commissie wordt tevens een toetsende taak opgelegd als het gaat om herbeoordeling van protocollen op verzoek van een onderzoeker na voorafgaande toetsing door een lokale METC. Tevens wordt de centrale commissie belast met de beoordeling, in eerste (en laatste) instantie van protocollen betreffende alle soorten gentherapie en niet-therapeutische experimenten met wilsonbekwamen, alsmede - naar het zich laat aanzien - experimenten met embryo's in utero.

Het is de vraag in hoeverre een centrale commissie, hoe goed ook uitgerust qua samenstelling en expertise, in staat zal zijn protocollen adequaat te toetsen los van de concrete omstandigheden van de locatie van uitvoering. Immers, naast de beoordeling van inhoudelijk wetenschappelijke en medisch-ethische aspecten, is een beoordeling van de plaatselijke mogelijkheden en voorzieningen, inclusief de werkwijze van de onderzoekers, van eminent belang. Juist bij de beoordeling van protocollen waarbij het om zeer gevoelige zaken gaat als niet-therapeutische experimenten met wilsonbekwamen of somatische gentherapie, zou het wenselijk zijn dat een lokale commissie - in elk geval in eerste instantie - de toetsing verricht. Daarnaast zou een inschakeling van de centrale commissie op zijn plaats kunnen zijn.

Ook de beroepsmogelijkheid geeft aanleiding tot enige zorg. Indien een lokale commissie een negatief oordeel uitspreekt ten aanzien van een protocol zal daartegen beroep kunnen worden aangetekend bij de centrale commissie. Als dat beroep door de centrale commissie wordt toegelaten, kan men zich nauwelijks voorstellen dat de directie van de instelling die aansprakelijk is voor de uitvoering van het onderzoek, hierdoor kan worden gedwongen het onderzoek alsnog te laten plaatsvinden. Een vergelijkbare situatie dient zich aan wanneer de directie op medisch-ethische of andere gronden niet instemt ■

met een beoordeling die door de centrale commissie in eerste aanleg is gegeven. Ook onder deze omstandigheden kan moeilijk worden aangenomen dat de directie gehouden is uitvoering te geven aan de beoordeling van de centrale commissie. De waarde van een dergelijke beroepsprocedure is derhalve discutabel. Het is de vraag, of niet de voorkeur zou moeten worden gegeven aan een model waarin het centrale orgaan een zekere corrigerende werking zou kunnen uitoefenen ingeval er bij de beoordeling door lokale commissies sprake is geweest van ernstige procedurele fouten of onvolkomenheden. Het zou bijvoorbeeld heroverweging door dezelfde commissie kunnen gelasten of aanbevelen dat het protocol door een andere toetsingscommissie wordt beoordeeld. Een centrale commissie, zoals in het wetsvoorstel beschreven, zal overigens een aanzienlijk secretariaat moeten hebben, hetgeen ongetwijfeld belangrijke financiële consequenties zal hebben. Bovendien is niet uit te sluiten dat de werkdruk zo groot zal zijn dat er lange wachttijden ontstaan bij het verwerken van protocollen.

Niet-therapeutische experimenten met wilsonbekwamen

In het wetsvoorstel staat aangegeven, dat niet-therapeutisch onderzoek met wilsonbekwamen slechts mag geschieden wanneer het experiment gericht is op uitkomsten die ten goede komen aan de betrokken proefpersoon of in het bijzonder aan personen met dezelfde hoedanigheden en de aan het experiment verbonden risico's en bezwaren gering zijn.

Uit de kamerstukken van de Tweede Kamer en tijdens een hoorzitting van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid op 9 juni 1993 is gebleken, dat de mogelijkheid van dit type onderzoek zeer kritisch wordt bekeken en dat er bij een aantal kamerleden argwaan bestaat ten aanzien van de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek op dit gebied in Nederland.

Het is duidelijk, dat onderzoek met wilsonbekwame patiënten fundamentele vragen oproept en met de grootste prudentie dient te worden omgeven. Het uitvoeren van de wensen van de kamerleden zou echter kunnen impliceren, dat niet-therapeutisch onderzoek bij proefpersonen naar bijvoorbeeld normaalwaarden, waaronder het systematisch onderzoek naar alle facetten van de normale ontwikkeling van kinderen in alle leeftijdscategorieën, tot de onmogelijkheden gaat behoren.

Niet-therapeutisch onderzoek naar een aspect waarop een patiënt normaal functioneert, als er toch al een invasieve diagnostische of therapeutische ingreep moet plaatsvinden, kan soms gewenst

zijn. De patiënt is dan tevens proefpersoon zonder dat er sprake is van extra belasting. Wanneer dit onderzoek ook bij volwassenen of anderszins wilsbekwame patiënten kan worden verricht, dan bestaat er uiteraard geen reden om het onderzoek bij niet-wilsbekwamen te verrichten.

Een algeheel verbod op niet-therapeutisch onderzoek bij wilsonbekwamen kan er echter toe leiden dat bepaalde groepen wilsonbekwamen in de toekomst geen voordeel zullen hebben van de vorderingen in de geneeskunde. In de praktijk is het niet altijd mogelijk deze kwetsbare groep te ontzien indien het experimenten betreft die juist gericht zijn op facetten die bij geen andere groep voorkomen. De onderzoeken zullen dan in het algemeen geen effecten sorteren die voordelig zijn voor desbetreffende patiënten.

Een groot aantal wetenschappelijke verenigingen heeft zijn bezorgdheid uitgesproken over de mogelijkheid, dat niet-therapeutisch onderzoek met wilsonbekwamen in de toekomst niet meer mogelijk zal zijn. Op initiatief van de KNMG heeft een aantal organisaties van beroepsbeoefenaren alsmede de NVMETC, de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) in een schrijven aan de ministers van WVC en Justitie getracht helder uiteen te zetten welke gevolgen het (bijna) geheel verbieden van niet-therapeutisch onderzoek bij wilsonbekwame patiënten zou hebben. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van recent wetenschappelijk onderzoek dat zo onmogelijk zou worden.

In de notitie wordt tevens aantal conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Gesteld wordt, dat het van eminent belang is dat in Nederland de mogelijkheid blijft bestaan om wetenschappelijk hoogstaand en aanvaardbaar niet-therapeutisch onderzoek met wilsonbekwame patiënten uit te voeren. Een wettelijke regeling die deze mogelijkheid in gevaar zou brengen, wordt derhalve ten stelligste ontraden. Er worden stringente richtlijnen voorgesteld waaraan het onderzoek dient te voldoen. Indien er ook maar de geringste aanwijzing bestaat dat de proefpersoon zich tegen het onderzoek verzet, dient het geen voortgang te vinden. De beoordeling van dit soort experimenten dient in eerste instantie door de lokale commissie te worden verricht.

De bezorgdheid die velen die op de een of andere wijze bij experimenten met wilsonbekwame patiënten betrokken zijn in woord en geschrift hebben geuit, heeft ertoe geleid dat er een commissie uitgaande van de ministeries van WVC en

Justitie is benoemd om een advies uit te brengen over deze delicate materie.

Toezicht

Met het toezicht op de naleving van de Wet inzake medische experimenten met mensen zullen de inspecteurs van de Volksgezondheid worden belast. Het is onduidelijk op welke wijze de toch al zwaar belaste inspecteurs dit toezicht zullen kunnen uitoefenen. Evenmin is het helder welke de verhouding van de inspecteurs tot de centrale commissie zal zijn.

Sancties

Het verrichten van een experiment zonder dat er na informatie schriftelijke toestemming door de proefpersoon is gegeven, wordt als een misdrijf aangemerkt, dat kan worden bestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of een geldboete. Het verrichten van een onderzoek niet overeenkomstig een onderzoeksprotocol of zonder toestemming van een METC of in aangegeven gevallen van de centrale commissie, wordt als een overtreding beschouwd; een hechtenis van ten hoogste zes maanden of een geldboete kan worden opgelegd. Eerder genoemde straf geldt ook voor het verrichten van een experiment zonder dat er een wettelijke aansprakelijkheidsverzekering is afgesloten.

Conclusie

Hoewel op sommige punten van het wetsvoorstel gegronde kritiek mogelijk is, zijn bovenstaande overwegingen niet bedoeld om tot uitdrukking te brengen dat wetgeving op het gebied van medische experimenten onnodig is. Het is toe te juichen dat er normen worden gesteld waaraan toetsingscommissies dienen te voldoen. Ook het op hoofdlijnen vaststellen van criteria die toetsingscommissies dienen te hanteren bij de beoordeling van onderzoeksprotocollen, is een goede zaak. Tevens is er behoefte aan bepalingen inzake aansprakelijkheid en verzekering. Een centraal orgaan dat is belast met het ordenen en certificeren van lokale toetsingscommissies en dat wellicht functioneert als centraal meldingspunt voor protocollen, kan uit een oogpunt van sturing en stroomlijning zeer nuttig zijn. Meer als een bestuursorgaan dan als een forum voor medisch-ethisch beraad. Ook is het verheugend, dat door dit wetsvoorstel de plicht tot geïnformeerde toestemming nogmaals wordt onderstreept. •

prof. dr J. Bennebroek Gravenhorst,
Vrouwenkliniek, Academisch Ziekenhuis
Utrecht

De rol van medisch-ethische commissies bij medische experimenten

Een wetsvoorstel

E.J.C. de Jong

Het onlangs ingediende wetsvoorstel inzake medische experimenten met mensen beoogt duidelijkheid te scheppen in een onoverzichtelijke situatie. Maar wordt in dit voorstel niet te veel de nadruk gelegd op toetsing vooraf?

HET EXPERIMENT speelt in de ontwikkeling van de geneeskunde een grote rol. Het gaat daarbij niet alleen om experimenten met dieren; ook experimenten met mensen zijn van het grootste belang. Gebruikelijk gaan aan experimenten met mensen experimenten met dieren vooraf. Dat is evenwel geen garantie dat experimenten met mensen zonder gevaar zijn. Elke nieuwe behandeling, elk nieuw medicijn zal eens voor het eerst op een mens moeten worden uitgetoetst. In de meeste gevallen zullen de proefpersonen daarbij nauwkeurig worden geobserveerd en worden vergeleken met een controlegroep.

Nu doet zich het wonderlijke voor dat ten aanzien van dierproeven wel een wettelijke regeling voorhanden is,¹ maar dat ten aanzien van medische experimenten met mensen een dergelijke voorziening ontbreekt. Dit betekent echter niet dat het experimenteren met mensen tot nu toe niet aan regels gebonden is geweest: op medische experimenten met mensen zijn de 'gewone' wettelijke bepalingen die gelden voor het intermenselijk verkeer van toepassing. Niettemin heeft de wetgever deze waarborgen als onvoldoende beschouwd en is er, na een lange voorgeschiedenis, een wetsvoorstel inzake deze materie aan de Tweede Kamer aangeboden.² Met dit wetsvoorstel beoogt men duidelijkheid te scheppen in de onoverzichtelijke situatie die is ontstaan door het ontbreken van een specifieke regeling op dit gebied. Die situatie houdt in dat er allerlei initiatieven zijn ontplooid om degenen die zich als proefpersonen aan medische experimenten onderwerpen of die daaraan worden onderworpen, waarborgen te bieden. Een voorbeeld hiervan is

de oprichting in 1970 van medisch-ethische commissies. Wanneer het wetsvoorstel wordt aangenomen, zal de grote rol die de medisch-ethische commissies nu reeds spelen een wettelijk fundament krijgen. In dit artikel zal dat wettelijke fundament nader worden bekeken.

Wanneer over proefpersoon wordt gesproken, wordt bedoeld de patiënt die tevens proefpersoon is. In dergelijke gevallen zal een dubbele relatie ontstaan: de eerste is die tussen arts en patiënt, de andere die tussen onderzoeker en proefpersoon. De eerste relatie zal in de toekomst vallen onder de regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst,³ de tweede onder het voornoemde wetsvoorstel. Het wetsvoorstel inzake medische experimenten is daarbij te beschouwen als een voorrangregeling boven de regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst; dat wil zeggen, dat in het geval de beide regelingen elkaar tegenspreken de bepalingen zoals die gelden ten aanzien van de experimenten zullen prevaleren.

Voorwaarden

Onder 'experiment' wordt in het wetsvoorstel verstaan: wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geneeskunst, waarvan deel uitmaakt het onderwerpen van personen aan handelingen of het opleggen aan personen van een bepaalde gedragswijze.

Het wetsvoorstel staat niet toe dat medische experimenten met mensen worden verricht alvorens aan een bepaald aantal normen is voldaan en een bepaald aantal voorschriften is nageleefd. De normen hebben betrekking op de ethische en wetenschappelijke aanvaardbaarheid van het experiment. De voorschriften beslaan het geven van informatie aan de patiënt, het verkrijgen van diens schriftelijke toestemming, het afsluiten van een aansprakelijkheidsverzekering en de procedure van de toetsing. Het wetsvoorstel geeft de voorwaarden aan waaraan moet worden voldaan alvorens medische experimenten met mensen aanvaardbaar zijn; deze voorwaarden zijn:

- Het moet redelijkerwijze aannemelijk

zijn dat het experiment tot nieuwe inzichten op het gebied van de geneeskunst zal leiden.

- Het moet redelijkerwijze aannemelijk zijn dat de in de vorige zin bedoelde nieuwe inzichten niet op een andere manier van onderzoek, zonder het gebruik van proefpersonen, kunnen worden verkregen of door middel van een experiment van minder ingrijpende aard.

- Het moet redelijkerwijze aannemelijk zijn dat het met het experiment te dienen belang in evenredige verhouding staat tot de bezwaren en het risico voor de proefpersoon.

- Het experiment moet voldoen aan de eisen van een juiste methodologie van wetenschappelijk onderzoek.

- Het experiment moet worden uitgevoerd door of onder leiding van personen die deskundig zijn op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en van wie er ten minste één deskundig is op het gebied van de verrichtingen die ter uitvoering van het experiment ten aanzien van de proefpersoon plaatsvinden. Toetsing van deze normen zal plaatsvinden door de medisch-ethische commissies.

Commissies

In het wetsvoorstel wordt niet gesproken over medisch-ethische commissies, maar over *perifere commissies*. Dit ter onderscheiding van de nieuw te vormen *centrale commissie*, die een soort overkoepelend orgaan zal vormen. De werkingssfeer van een perifere commissie is variabel. Zo is het mogelijk dat een perifere commissie slechts werkzaam is voor een bepaald ziekenhuis, maar ook dat zo'n commissie een groter gebied bestrijkt, bijvoorbeeld in het geval van een 'multicenter trial'.

Centrale commissie

De centrale commissie zal bestaan uit ten hoogste dertien leden. Het wetsvoorstel bepaalt, dat in deze commissie in ieder geval een of meer artsen zullen plaatsnemen en daarnaast deskundigen op het gebied van de farmacologie, de verpleegkunde, de gedragswetenschappen, de rechtswetenschap, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en de

ethiek. Ook andere deskundigen kunnen in de centrale commissie worden benoemd. Er is overwogen één of meer personen in de centrale commissie op te nemen die de belangen van de proefpersonen zouden vertegenwoordigen. Daar is echter van afgezien, omdat proefpersonen geen afgebakende groep vormen die zich voor belangenbehartiging leent. Van de leden van de centrale commissie in het algemeen en van de ethicus in het bijzonder wordt verwacht dat zij dit belang voor ogen zullen houden.

De leden worden bij Koninklijk Besluit voor

commissie zal zijn, dat zij in sommige gevallen zelf toestemming dient te verlenen alvorens met een medisch experiment wordt begonnen. Deze functie wordt later besproken.

Perifere commissie

Of een experiment daadwerkelijk door gang vindt zal afhankelijk zijn van de toestemming van de perifere of de centrale commissie. Om toestemming te kunnen verlenen zal een perifere commissie eerst moeten zijn erkend door de centrale commissie. Erkenning zal pas kunnen plaats-

3. Er dient een reglement te zijn waaruit blijkt voor welke kring de commissie werkzaam zal zijn. Bedoeld wordt, dat vast dient te staan voor welke instelling of regio de commissie haar bevoegdheid heeft. Het is denkbaar dat een commissie landelijke werking heeft ter beoordeling van zogenoemde multicentre trials.

4. Er dient een reglement te zijn waarin een behoorlijke regeling van de werkwijze van de commissie is vastgelegd.

5. Het dient redelijkerwijs aannemelijk te zijn, dat aan de commissie een bepaald aantal experimenten ter beoordeling zal worden voorgelegd. Het is de centrale commissie toegestaan aan dit aantal een minimum te verbinden; dit minimum zal niet voor elke commissie hetzelfde hoeven te zijn. Ook is het mogelijk dat onderscheid wordt gemaakt naar de aard van de te beoordelen experimenten.

Wanneer aan deze vijf voorwaarden is voldaan, is de centrale commissie echter nog niet verplicht een commissie die daarom verzoekt te erkennen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat aan een commissie geen behoefte is, omdat er reeds een erkende commissie voor de betreffende werkingssfeer werkzaam is.

Controle

Het wetsvoorstel ziet erop toe, dat een erkende commissie een afschrift stuurt naar de centrale commissie van elke beslissing die zij inzake een medisch experiment neemt. Ook een afschrift van alle ter beoordeling voorgelegde onderzoeksprotocollen dient aan de centrale commissie te worden overgelegd. De gedachte hierachter is, dat de centrale commissie zich op deze manier een beeld kan vormen van de medische experimenten met mensen die in Nederland plaatsvinden. De centrale commissie zal de mogelijkheid krijgen richtlijnen op te stellen teneinde enige uniformiteit te scheppen in de

Zorgvuldigheid kan pas worden bereikt in concrete gevallen

zes jaar benoemd, waarna zij eventueel herbenoembaar zijn. Het reglement waarin de werkwijze van de centrale commissie is opgenomen, dient de goedkeuring van de minister van WVC te hebben. Door middel van Algemene Maatregel van Bestuur kunnen richtlijnen worden vastgesteld ten aanzien van de uitoefening van de taak van de centrale commissie.

De centrale commissie zal drie belangrijke taken krijgen. Ten eerste zal zij de bevoegdheid krijgen de perifere commissies al dan niet te erkennen. De erkenning die de perifere commissie ontvangt, geeft haar de bevoegdheid toestemming te geven voor het uitvoeren van medische experimenten met mensen. Voor het uitvoeren van andere taken heeft de perifere commissie niet de erkenning van de centrale commissie nodig. Daarnaast kan een onderzoeker de centrale commissie om herbeoordeling van een in eerste instantie door een perifere commissie afgewezen onderzoeksprotocol verzoeken. Een derde belangrijke taak van de centrale

vinden indien de perifere commissie aan bepaalde vereisten voldoet. De voorwaarden die het wetsvoorstel noemt zijn de volgende:

1. De commissie dient te bestaan uit één of meer artsen en uit personen die deskundig zijn op het gebied van de rechtswetenschap, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en de ethiek. De Memorie van Toelichting spreekt hier van een minimum-eis. Het zitting hebben van een verpleegkundige in de perifere commissie wordt niet vereist. De commissie dient te worden samengesteld afhankelijk van de werkingssfeer waarvoor zij zal functioneren. Er is geen bepaalde verhouding in de aantallen van de deskundigen voorgeschreven.

2. De commissie moet in een reglement hebben vastgelegd op welke manier men zo nodig specifieke deskundigen kan raadplegen. Te denken valt aan de situatie, dat de commissie zichzelf niet in staat acht bepaalde gegevens op de juiste wijze te interpreteren.

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,
Klomperweg 175, 6741 PH Luntenen,
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27,
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 02159-18361

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregseleaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond
tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/
070-3559547

wijze waarop onderzoeksprotocollen zullen worden getoetst. Deze richtlijnen zullen niet dwingend van aard zijn voor de perifere commissies, maar wanneer een commissie regelmatig deze richtlijnen naast zich neerlegt, kan dat voor de centrale commissie een reden zijn om een aan een commissie verleende erkenning weer in te trekken; zo'n commissie komt de verplichtingen die uit de wet voortvloeien immers onvoldoende na.

Naast deze reden zijn er enkele andere die de centrale commissie tot intrekking van de erkenning kunnen bewegen. Ten eerste is daar de mogelijkheid, dat een commissie niet langer voldoet aan de hierboven genoemde vijf criteria voor erkenning. Ten tweede kan het zo zijn, dat door een wijziging van het reglement van de commissie een goede uitoefening van de werkzaamheden redelijkerwijs niet langer is verzekerd. Vervolgens kan de centrale commissie haar erkenning intrekken wanneer een commissie in de laatste drie jaar niet het minimum-aantal experimenten ter beoordeling heeft gekregen. De zoëven genoemde reeks intrekkinggronden is limitatief.

Toetsing protocol

Zoals gezegd, zal de perifere commissie haar toestemming moeten geven alvorens met een medisch experiment mag worden begonnen. Ook de EG-richtlijnen, zoals die zijn opgesteld door de CPMP,⁴ bevat ten dit vereiste. In sommige gevallen echter zal niet aan de perifere, maar aan de centrale commissie toestemming moeten worden gevraagd. Dit zal het geval zijn wanneer het gaat om een experiment met minderjarige proefpersonen, dan wel met een meerderjarige die niet in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen ter zake. Het gaat in dergelijke gevallen om zogenoemde incompetente proefpersonen. (De vraag of en, zo ja, wanneer experimenten met incompetënten zijn toegestaan, valt buiten het kader van dit artikel.)

Ook in het geval van een experiment waarbij het genetisch materiaal van lichaamscellen wordt gewijzigd, zal de centrale commissie zich meteen over het onderzoeksprotocol dienen uit te spreken. Het zonder toestemming van de centrale commissie dan wel perifere commissie uitvoeren van een medisch experiment met mensen zal strafbaar worden.

Wat opvalt is, dat de nadruk wordt gelegd op toetsing door de commissies *voorafgaande* aan het experiment. Van tevoren wordt beoordeeld of het experiment zin heeft, wie de proefpersonen zullen zijn, hoe de schriftelijke toestemming zal worden verkregen, hoe de verzekering is geregeld enzovoort. Men kan zich afvragen

of dit voldoende is en of niet de toetsing moet worden uitgebreid naar controle tijdens het experiment en evaluatie na afloop daarvan. Dergelijke controle wordt bij proeven met dieren wel voorgeschreven.⁵

Met name wanneer de proefpersonen incompetenten zijn, zoals comateuze patiënten of dementen, lijkt een dergelijke uitbreiding van de bevoegdheden van de commissies gerechtvaardigd. Het is relatief eenvoudig een zorgvuldig protocol op te stellen, maar echte zorgvuldigheid kan pas worden bereikt in concrete gevallen. Het stadium waarin het experiment daadwerkelijk wordt uitgevoerd, onttrekt zich echter aan het oog van de commissies, die dan reeds hun toestemming hebben gegeven. Weliswaar is op de concrete uitvoering controle door de tuchtrechter en eventueel andere rechtscollages mogelijk, maar dan is er slechts sprake van toetsing achteraf.

Bovendien laat onzorgvuldigheid zich niet altijd vangen in klachtwaardige feiten. Juist omdat het om een experiment gaat en niet om een reguliere behandelingsmethode, verdient de proefpersoon die tevens patiënt is een extra bescherming, ook *tijdens het experiment*. Zeker wanneer de

Een actievare rol van de commissies tijdens een medisch experiment zou gewenst zijn. De commissie zou een soort vertrouwenspersoon moeten worden die voor de proefpersonen, maar ook voor anderen die bij een experiment betrokken zijn, geen onbekende blijft. Daarnaast zou de commissie na afloop van een experiment met verschillende betrokkenen evaluatie moeten plegen teneinde eventuele onregelmatigheden op te sporen. Dat juist in het geval dat de patiënt incompetent is en niet zelf toestemming kan geven voor deelname aan een experiment, het onderzoeksprotocol niet door een perifere maar door de centrale commissie zal worden beoordeeld, vergroot de afstand tussen commissie en betrokkenen. In het licht van het hierboven gestelde valt dat te betreuren: juist in dergelijke gevallen zal de controle scherp moeten zijn.

Besluit

Het medisch experiment met de mens zal een noodzakelijk kwaad blijven bij het bewerkstelligen van de progressie in de geneeskunde. De positie van de proefpersoon verdient daarbij grote aandacht, gezien deze soms geen enkel belang heeft

Een actievare rol van de commissies tijdens en na afloop van een experiment is gewenst

patiënt incompetent is en dus zelf geen toestemming heeft kunnen geven, is dit naar mijn idee gerechtvaardigd. Te denken valt aan de mogelijkheid dat de proefpersonen, of bij incompetentie hun naasten, zich bij vragen kunnen richten tot een lid van de commissie. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat tussentijdse evaluaties worden gehouden wanneer een experiment aan de gang is. Ook zou denkbaar zijn, dat bij het gesprek waarin om toestemming wordt gevraagd een lid van de commissie aanwezig is.

De ervaring leert nu eenmaal dat patiënten, maar ook hun naasten, geneigd zijn tot 'eager to please'-gedrag ten opzichte van artsen: men wil de dokter niet voor het hoofd stoten. In dezen is ook de zogenoemde therapeutische misvatting van belang. Deze opvatting houdt in, dat patiënten die deelnemen aan een experiment de indruk hebben dat de arts alleen in hun belang handelt en dat zij de beste behandeling krijgen. Dergelijk gedrag is patiënten niet kwalijk te nemen en ook artsen valt in dezen niet echt een verwijt te maken. Echter, het gegeven dat de verhouding tussen arts en patiënt/proefpersoon een ongelijke is, mag niet worden genegeerd.

bij het experiment maar wel er wel schade van kan ondervinden. Bij de bescherming van de proefpersoon zullen de perifere commissies en de centrale commissie een grote rol spelen: in de toekomst mag een medisch experiment slechts na hun toestemming plaatsvinden. Deze rol zal niet beperkt mogen blijven tot die conform de procedure voorafgaande aan een experiment, maar moet worden uitgebreid tot tijdens en na afloop van een experiment. Daarnaast zouden de commissies als vertrouwenspersoon moeten dienen voor alle betrokkenen bij een medisch experiment. •

E.J.C. de Jong,
IC-verpleegkundige/jurist

Literatuur

1. Wet op de Dierproeven. Tweede Kamer nr. 16447.
2. Regelen inzake medische experimenten. Tweede Kamer nr. 22 588.
3. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Tweede Kamer, nr. 21 561.
4. Committee for Proprietary Medicinal Products. Good Clinical Guidelines for Trials on Medicinal Products in the European Community. Bull Med Eth 1990: 18-21.
5. Heeger FR. Ethische aspecten van proeven. In: De Beaufort/Dupuis, red. Handboek Gezondsethiek. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.

Ongelukken

ELKE OCHTEND als ik op mijn werk kom, werp ik een blik op de tafel van de verpleging om te zien of ik iets geels kan ontwaren. Geel betekent namelijk 'accident-forms'. Meestal zijn het er veel. Als je 28 hoogbejaarde en hard zieke patiënten hebt, dan gebeurt er wel eens wat, zeker als er maar drie man/vrouw personeel rondloopt.

Mijn taak is het slachtoffer te onderzoeken en vervolgens op het formulier mijn bevindingen te vermelden. Vanwege het grote aantal formulieren heb ik dat verslag tot het minimum teruggebracht: "PERL (= pupils equal and reacting to light), alert, no apparent injury."

Deze dag lag er niets geels op tafel. Mijn enige taak was het kalmeren van een aangeslagen leerling-verpleegkundige. Mike, één van de patiënten die vandaag naar een bejaardenhuis ging, weigerde zich te wassen. Een uiterst vervelende man, die in de drie weken dat hij in het ziekenhuis lag iedereen die maar in de buurt kwam tegen zich in het harnas had gejaagd. Hij was een alcoholist, die volledig verwaarloosd met een longonsteking was opgenomen. De paar wasbeurten waaraan hij niet had weten te ontkomen, hadden hem niet veel schoner gemaakt. Hoewel hij uitstekend kon lopen, was het niemand gelukt hem langer dan vijf minuten uit bed te krijgen.

Het wasgebeuren vond ik eigenlijk mijn zaak niet en ik verdween naar de andere afdeling. De man moest in vredesnaam maar vies naar het bejaardenhuis. Ze konden daar alsnog met sponzen gaan gooien!

Vijf minuten nadat ik op de revalidatieafdeling was ging de pieper. Mike, die nog nooit vrijwillig zijn bed had verlaten, had besloten te gaan wandelen en wel op zijn sokken. Vervolgens had hij op het gladde linoleum een schuiver gemaakt. Of ik nú kon komen, want het gele formulier moest worden ingevuld voordat hij ver-

trok en de ambulance werd elk moment verwacht.

Binnensmonds vloekend rende ik naar de kant van het ziekenhuis, waar Mike weer prinsheerlijk in bed lag. Hem mankeerde gelukkig niks, maar hij waagde het te vragen, of nee: te commanderen, zijn kussen op te schudden. Niet meer geheel binnensmonds vloekend schreef ik de normale formule op het papier, met daarachter, uit pure frustratie: "Will probably survive."

Enige dagen later werd ik uit de visite gepiept. Ditmaal was het de juffrouw die de gele formulieren las. Ik had geen flauw idee gehad dat die bestond. Ik had altijd aangenomen dat al die stapels die ik produceerde ongezien in het een of andere archief verdwenen. Maar de juffrouw las ze echt en ze was BOOS. Het was wel zeer ongepast wat ik op het formulier van

Corien Borst

Mike had geschreven! Er is per slot van rekening altijd een kleine kans dat iemand toch overlijdt. "Daarom heb ik ook 'waarschijnlijk' gezet", onderbrak ik onschuldig. De juffrouw vond het niet grappig. Stel je nou voor dat de familie (had-ie niet, wist ik me te herinneren) de zaak voor de rechter zou slepen! Als dit formulier dan ter sprake kwam, zouden wij wel een erg gek figuur slaan, toch? Ik voelde een lachbui aankomen, zei snel dat ik het nooit meer zou doen en hing op.

De juffrouw had natuurlijk gelijk: het wás niet erg netjes van mij. Aan de andere kant had ze slechts de woorden op het papier gezien en niet de spoed waarmee ik van de andere kant van het ziekenhuis was komen aanrennen, het engelengeduld waarmee ik het lichtje in Mike's ogen scheen, de beleefdheid waarmee ik vroeg of hij zich had bezeerd en of hij zich alles nog kon herinneren, de efficiëntie waar-

mee ik zijn botten op asdrukpijn onderzocht, waarop Mike slechts snauwde of ik mijn tijd niet beter kon gebruiken door zijn kussen op te schudden, gyd-nog-an-toe. Als ik hem de huid had vol gescholden in plaats van mijn woede uit te leven op een stuk papier, had er vermoedelijk geen haan naar gekraaid.

Enige dagen later werd ik ten derde male opgepiept: reanimatie. Op weg naar de plaats des onheils (natuurlijk aan de andere kant van het ziekenhuis) werd ik zelf slachtoffer van een ongeluk. Een of andere idioot deed net of hij me de weg wilde versperren, ik gleed uit en viel, met als gevolg een groot gat in knie en panty. De reanimatie bleek vals alarm te zijn.

Terug op de afdeling werd ik onmiddellijk in de watten gelegd: één verpleegkundige zette een kop thee en een bord toast voor mij neer, terwijl een andere met een steriele pincet de steentjes uit mijn knie peuterde. De derde schoof een geel formulier onder mijn neus: voor mijzelf dit keer.

Ik kon het niet laten. Na de beschrijving hoe ik ten val was gekomen, schreef ik met grote letters "PERL" en "ALERT". "Will probably survive" liet ik maar weg: dat werd een beetje tè. Daarna ontdekte ik tot mijn grote vreugde de rubriek 'materiële schade'. Maar goed ook, anders had ik misschien vergeten de panty op te geven, en het was een dure. Op de vraag hoelang het bewuste object buiten bedrieff zou zijn, antwoordde ik dramatisch: "Forever!"

We zij nu een maand verder en de juffrouw heeft nog steeds niet opgebeld. De panty is ook nog niet vergoed. Kennelijk is men niet bang dat mijn familie naar de rechter stapt. •

Corien Borst,

bericht om de vier weken over haar opleiding tot huisarts in Engeland

Managementparticipatie en ziekenhuisdirectie

Over beheren en behandelen

J. Wijkstra

Het spanningsveld tussen het beheer en het behandelen ligt in de top van de ziekenhuisorganisatie. Managementparticipatie heeft pas kans van slagen als juist daar sprake is van een voldoende evenwicht op beide terreinen.

MANAGEMENTPARTICIPATIE is een middel om de beheerlijn en de behandellijn in een ziekenhuisorganisatie beter samen te laten werken, met als doel: het efficiënt leveren van een kwalitatief goede zorg. Twee principes moeten daarbij ten minste in acht worden genomen:^{1,2} ten eerste moet zowel de beheerlijn als de behandellijn *duidelijk georganiseerd* zijn (hiërarchie, wie is verantwoordelijk waarvoor en dergelijke), ten tweede moeten de beide lijnen *in gelijkwaardigheid* samenwerken. Naar mijn mening is bij managementparticipatie nog een derde principe (afgeleid van het tweede) belangrijk: de behandellijn en de beheerlijn moeten ook op directieniveau *voldoende in evenwicht* zijn.

Verhouding

Om er een indruk van te krijgen hoe in Nederland op directieniveau de verhouding ligt tussen de beheer- en de behandellijn, heb ik gebruik gemaakt van de ledenlijst van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD). In deze lijst worden de leden per instelling genoemd. Aangegeven wordt of een lid aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis economen (E), bij de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen (G) of de Nederlandse Vereniging van Verpleegkundig Directeuren (V).

Voor de sectie Algemeen Ziekenhuizen wordt bij de directie (één of meer directieleden) in 27% van de instellingen uitsluitend een E aangegeven, in 20,3% uitsluitend G en/of V en in 52,7% zowel E als G of V (de totale sectie bevat 171 instellingen; 148 staan aangegeven, van 23 wordt geen opgave gedaan). Voor de sec-

tie Psychiatrie wordt bij 39,2% uitsluitend E gevonden, bij 21,6% uitsluitend G/V en bij 39,2% beide (de totale sectie bevat 63 instellingen; 51 aangegeven, 12 geen opgave).

Voorzichtige conclusie: in ongeveer 30% van de algemeen ziekenhuizen overheerst in de directie de beheerlijn, in 20% de behandellijn en in 50% zijn beide lijnen aanwezig. Bij de sectie Psychiatrie overheerst de beheerlijn in ongeveer 40% van de gevallen, in 20% de behandellijn en in 40% zijn beide lijnen aanwezig.

Overheersende beheerlijn

Als op directieniveau de beheerlijn overheerst (en er op het niveau van het middlemanagement alleen nog beheerdeskundigen aanwezig zijn) loopt de beheerlijn door tot in de top en eindigt de behandellijn bij de in het management participerende specialist.

In het overleg tussen de leiding van de werkeenheid (bijvoorbeeld in het management participerend specialist en coördinator) en de directie, is slechts wezen-

Managementparticipatie: hiermee wordt bedoeld dat de medisch specialist naast een behandeltaak een beheertaak krijgt en in de lijn van de organisatie wordt geplaatst

Beheerlijn: het - hiërarchisch gestructureerde - deel van de organisatie dat als taak het beheer van de organisatie heeft
Behandellijn: het - hiërarchisch gestructureerde - deel van de organisatie dat als taak het behandelen van patiënten heeft

is samen met de ziektekostenverzekeraars van mening dat de gemiddelde opnameduur de landelijk gemiddelde opnameduur niet meer mag overschrijden. Daartoe wordt een maximale opnameduur vastgesteld. Een poging om deze overschrijding te verklaren leidt niet tot een gesprek over de kwaliteit en over de specifieke aspecten van de behandeling. Een uitnodiging om "in de keuken te komen kijken met uitleg" wordt afgeslagen, met als argument dat "kwaliteit toch niet op deze manier grijpbaar" is. Het landelijk gemiddelde wordt dus de norm. "Als een patiënt de maximale opnameduur overschrijdt, dan wordt er niet meer betaald." Kortere opnames, met als gevolg meer nieuwe opnames, levert meer budget op.

Creatieve oplossingen in het spanningsveld tussen beheer en behandelen moeten op alle niveaus worden gezocht en gevonden

lijke communicatie mogelijk over beheerargumenten. Beide partijen wegen beheerargumenten bij de bepaling van hun beleid. Over behandelargumenten is daarentegen geen inhoudelijke discussie mogelijk, omdat de betrokken manager behandelinhoudelijke argumenten slechts kan begrijpen als ze in beheertermen (getallen) zijn vertaald. De manager kan behandelargumenten niet echt wegen bij de bepaling van het beleid. Hij hoeft dit trouwens ook niet te doen, omdat hij geen behandelverantwoordelijkheid heeft. Anders gezegd: het spanningsveld tussen beheer en behandeling komt te liggen bij de in het management participerende specialist. Het schaarsteprobleem is van hoog naar laag in de organisatie doorgegeven! Een hypothetisch voorbeeld: De directie

De directie heeft dus een belangrijk beheerargument om het eens te zijn met de ziektekostenverzekeraar. De leiding van de werkeenheid zou met cijfers hard moeten maken dat langer opnemen leidt tot een 'goedkopere' patiëntencarrière voor de desbetreffende ziektekostenverzekeraar. Dergelijke gegevens zouden als argument tellen. Dat klinkt voor de beheerders logisch en is voor de behandelaars een onmogelijke opdracht.

Wat moet de in het management participerende specialist in een dergelijke situatie doen? De patiënt die de maximale opnameduur overschrijdt verplichten tot een keuze tussen of overgeplaatst worden naar een andere instelling of met ontslag gaan? Of wordt de specialist gedwongen om zelf te kiezen tussen zijn verant-

woordelijkheid als behandelaar en zijn verantwoordelijkheid als manager?

Naar mijn mening is in ziekenhuizen waar de behandellijn eindigt op het niveau van de leiding van de werkeenheden het risico dat er een toenemende discrepantie ontstaat tussen directie en de werkvloer, groter. Bij schaarste van middelen ontstaat in de beschreven situatie de tendens het spanningsveld tussen behandelen en beheer van 'hoog' naar 'laag' door te geven. Het verstoorde evenwicht tussen beheerlijn en behandellijn en het doorgeven van het schaarsteprobleem van 'hoog' naar 'laag' zijn fenomenen die op verschillende niveaus in de gezondheidszorg een rol spelen. Zo kan de overheid via (macro-)budgettering vrij eenvoudig het genoemde spanningsveld doorgeven naar de ziekenhuizen.³

Overheersende behandellijn

Indien in een ziekenhuis op directie niveau de behandellijn overheerst, dan zal er in het overleg tussen de leiding van de werkeenheden en de directie te weinig aandacht zijn voor beheerargumenten. De macht van de behandelaars dreigt in deze situatie groter te worden dan de grens van het budget aankan. Het spanningsveld tussen het beheer en het behandelen ligt in de top van de organisatie. Bij toename van de schaarste zal dit spanningsveld steeds

meer naar boven worden doorgegeven. De oplossingen worden van de top verwacht: "De directie moet zorgen dat wij ons werk kunnen doen." Indien in een ziekenhuis de behandellijn te veel overheerst, zal er eveneens een toenemende discrepantie ontstaan tussen de werkvloer en de ziekenhuisdirectie.

Evenwicht

De leiding van de werkeenheden moet met de directie zowel in gesprek kunnen raken over beheerargumenten als over behandelargumenten. De directie zal naast beheer(eind)verantwoordelijkheid ook behandel(eind)verantwoordelijkheid moeten dragen. Zij zal daarom, net als de werkeenheden waaraan zij leiding moet geven, gekenmerkt moeten worden door voldoende evenwicht tussen de beheerlijn en de behandellijn. Dit evenwicht wordt bewerkstelligd door op directieniveau zowel beheerdeskundigen als behandeldeskundigen aan te stellen. Diverse organisatievormen zullen mogelijk zijn. Waar het om gaat is, dat de beheerlijn in de top van de organisatie voldoende in evenwicht is met de behandellijn.

Ook op het niveau van het middle-management moet naast beheerdeskundigheid behandeldeskundigheid aanwezig zijn. Er ontstaat dan een organisatie waarin op alle niveaus, en niet slechts op de werk-

vloer, het spanningsveld tussen beheer en behandeling aanwezig is. Creatieve oplossingen in dit spanningsveld moeten op alle niveaus worden gezocht en gevonden. Het spanningsveld tussen behandelen en beheer zal dan, bij toenemende schaarste van de middelen, niet meer zomaar kunnen worden doorgegeven van 'hoog' naar 'laag' of van 'laag' naar 'hoog'. Het zou serieus moeten worden overwogen of en in welke mate deze principes ook moeten worden toegepast op het niveau van de Raad van Toezicht en bij de overheid.

Conclusie

Managementparticipatie zal vooral kans van slagen hebben in die ziekenhuizen waar ook de topstructuur door de principes van managementparticipatie wordt gekenmerkt. •

J. Wijkstra,

psychiater, chef de policlinique afdeling
Volwassenen Psychiatrie, Academisch
Ziekenhuis Utrecht.

Noten

1. Wijkstra J. Behandeling en beheer in de psychiatrie. Medisch Contact 1990; 45: 901-3.
2. Wijkstra J. Managementparticipatie zorgt voor een betere gezondheidszorg. Medisch Contact 1992; 47: 185-7.
3. Hagen JH. De kosten van het overheidsbeleid. Medisch Contact 1993; 48: 395-7.

P R A K T I J K P E R I K E L

Patiënt helpt dokter

IN HET RIVIERDORP waar ik ter behoud van mijn registratie als huisarts sinds kort één dag per week praktiseer, werd ik vorige week bezocht door een Engelse jongedame, die in opdracht de wachtkamer werd binnen gedragen door drie jongemannen. Daar het geheel wel iets van een spoedgeval had, besloot ik haar tussen het normale spreekuur door te helpen. Gelukkig bleek patiënte zelf te weten wat haar mankeerde: em-ie, of ik wist wat dat was. Welzeker, antwoordde ik, al betrof het niet een van mijn meest favoriete diagnoses. Haar huidige klachten bleken vooral draaiduizeligheid te betreffen, waarvan zij met name

last kreeg als zij zich niet in liggende positie bevond. Dat leek mij een typisch geval van Ménière, doch deze Franse diagnose bleek zij niet te kennen. Ik liet haar weten dat ik ervan overtuigd was dat haar klachten deel uitmaakten van haar ME en dat deze met enig geduld vanzelf weer zouden verdwijnen. Eigenlijk had patiënte dat zelf ook al gedacht, doch de haar omringende jongemannen hadden haar naar mij toegezeuld. Bezorgd om mijn nog te vestigen reputatie, stelde ik haar aan het eind van het consult voor in ieder geval lopend via de wachtkamer de praktijk te verlaten. Waaraan zij tot mijn genoegen voldeed. •

Korte door artsen geschreven signaleringen.
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht
door de redactie.

CARA is geen CARA

Drie visies

Tj. Wiersma

Over het verband tussen inhoudelijke meningsverschillen en verschillen in stijl van redeneren, in casu ten aanzien van CARA.

Zoals de eerste dokter zich heeft vergist, kan ook de tweede zich vergissen. De eerste stelt een diagnose en de reactie op zijn behandeling geeft hem gelijk. De tweede stelt een andere diagnose en de reactie op zijn behandeling stelt hem ook in het gelijk. Ik zou zeggen dat we een derde arts moesten roepen. En dat moet de beroemdste arts van de stad zijn.

Pitigrilli, Cocaine. Tricht: Goossens, 1982, pag. 197.

IN DE STANDAARDEN die het Nederlands Huisartsen Genootschap sinds enkele jaren vervaardigt worden richtlijnen gegeven voor het huisartsgeneeskundig handelen bij bepaalde klachten of aandoeningen. In dit artikel zullen de discussies worden geanalyseerd die een tweetal werkgroepen heeft gevoerd bij het opstellen van richtlijnen voor het handelen van de huisarts voor respectievelijk de diagnostiek en de behandeling van chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (CARA) bij volwassenen.^{1,2}

De term 'CARA' is door de longarts N.G.M. Orie in 1961 ingevoerd, omdat men frequent mengvormen van astma en chronische bronchitis waarnam en omdat bleek dat veel patiënten met chronische bronchitis of emfyseem vroeger aanvallen van astma hadden gehad.³ Het idee dat aan de ziektebeelden astma, chronische bronchitis en emfyseem dezelfde mechanismen ten grondslag liggen, staat sindsdien ook wel bekend als de *Groninger hypothese*. Terwijl de term 'CARA' in Nederland vrij algemeen gangbaar is, heeft een equivalent daarvan in het buitenland geen ingang gevonden.⁴

CARA is volgens de specialistische opvatting op zichzelf geen ziektebeeld, maar een overkoepelende term.⁵ Patiënten met CARA worden gekenmerkt door klachten van kortademigheid, die aanvalsgewijs c.q. seizoengebonden kunnen optreden maar ook permanent kunnen bestaan. De ademhaling gaat al dan niet paroxysmaal

gepaard met een piepend geluid bij de uitademing. Ook kunnen er langdurige, continue of recidiverende klachten van hoesten met of zonder het opgeven van slijm bestaan, al dan niet in combinatie met kortademigheid. De diagnose wordt gesteld met uitsluiting van andere specifieke luchtwegaandoeningen.⁶ CARA omvat de begrippen 'astma', 'chronische bronchitis' en 'longemfyseem'.

De vaststelling dat een patiënt CARA heeft, is volgens de specialistische omschrijving van het begrip 'CARA' mogelijk door de patiënt te vragen naar zijn klachten. Kortademigheid, piepen en hoesten zijn zaken die ook door de patiënt kunnen worden waargenomen. Voor de diagnostiek en de keus van de optimale behandeling van een patiënt met CARA is de vaststelling dat er CARA is echter onvoldoende. Daarvoor is een nauwkeurige 'omschrijving' van de patiënt noodzakelijk. Deze bevat onder andere informatie over achter de klachten verborgen liggende pathofysiologische mechanismen en over de mate waarin de afwijkingen reversibel zijn. Die informatie is te verkrijgen uit lichamelijk onderzoek, longfunctien en laboratoriumonderzoek. Een deel van dat onderzoek is, vanwege de benodigde apparatuur en kennis om de bevindingen te kunnen interpreteren, voorbehouden aan de specialist. Een optimale behandeling is niet alleen van belang voor de vermindering van klachten op dit moment, maar naar wordt aangenomen ook voor de preventie van achteruitgang van de longfunctie op termijn.

Bij het opstellen van richtlijnen voor het handelen van de huisarts inzake CARA gaat het erom bovenstaand specialistisch CARA-begrip zodanig te modificeren en te lokaliseren dat het bruikbaar wordt voor de huisarts. Ten behoeve van de analyse zijn de discussies in de betrokken werkgroepen bijgewoond en op de band opgenomen. De analyse is verricht in het kader van een omvangrijker onderzoek naar methodologische veranderingen welke in de loop der tijd in de geneeskunde plaatsvinden.

Bij de interpretatie van de discussie is,

behalve op inhoudelijke meningsverschillen, met name gelet op verschillen in methodologische voorkeuren van de deelnemers aan de discussie, welke terug te vinden zijn in de wijze waarop zij hun standpunten onderbouwen. Dergelijke rede-neerwijzen zijn in de tekst aangeduid met de term 'stijl'. *Een stijl legt vast wat telt als een valide argument.* De consequentie van het hanteren van een bepaalde stijl is, dat de validiteit van een argument dat past in de andere stijl niet gemakkelijk wordt waargenomen. Als zodanig hebben stijlverschillen zekere overeenkomsten met paradigmatische verschillen.

Het zijn stijlverschillen die verantwoordelijk zijn voor het - zeker bij lezing - oppervlakkige of zelfs ruzieachtige karakter van de discussies. Dat is niets bijzonders en komt in het wetenschapsbedrijf veel voor. Het valt in discussies als deze echter meer op, omdat de deelnemers niet zoals gewoonlijk in verschillende artikelen of zelfs verschillende tijdschriften van gedachten wisselen, maar aan een en dezelfde tafel zitten, waar ze 'gedwongen' zijn een gemeenschappelijk beleid te formuleren. Deze buitengewone omstandigheden maken de confrontaties uitzonderlijk direct.

Beschreven zal worden dat er in de discussies steeds twee uiteenlopende visies op de CARA-problematiek zijn te herkennen: de *klinische opvatting* en de *epidemiologische opvatting*. Zo nu en dan speelt daarnaast ook de *pragmatische invalshoek* een rol.

Voor de eerste twee opvattingen over CARA hangen samen met een specifieke stijl. De pragmatische invalshoek kenmerkt zich niet door een duidelijke eigen stijl, maar vooral door een sceptische houding ten opzichte van de pretenties van degenen die redeneren vanuit de andere opvattingen. Het ontbreken van een pragmatische stijl hangt vermoedelijk samen met het feit dat deze positie zich in hoge mate confirmeert aan de klacht van de patiënt. Terwijl de klinische en de epidemiologische redeneerstijlen worden onderhouden door de voortdurende noodzaak zich van de klacht van de patiënt te distantiëren, kan de pragmaticus zich

grotendeels beperken tot het passief volgen daarvan.

Elk van de vervattingen kent uitgesproken vertegenwoordigers, aan te duiden met de letters K, E en P. De overige deelnemers aan de discussies, aangeduid met de letter A, nemen minder uitgesproken of wisselende posities in, maar neigen daarbij overwegend naar de positie van E; zij ontdoen de discussie van haar scherpste kanten of formuleren compromissen; voor de analyse zijn zij van minder belang.

De klinische en de epidemiologische stijl

Kenmerkend voor het verschil tussen de klinische en de epidemiologische stijl is de uiteenlopende wijze waarop zij positieve en negatieve onderzoeksbevindingen waarderen. Deze verschillen spelen in de volgende discussie over de waarde van het lichamenlijk onderzoek:

K: Kyfose is vaak heel kenmerkend (voor emfyseem, TW).

A: Heel vaak ook niet.

E: Het zit in het klassieke beeld.

A: Maar velen voldoen daar niet aan.

K: Dat ligt eraan hoe je erop let. Dat gebeurt vaak niet.

Het is heel kenmerkend, waarom zou je het niet noemen?

In de klinische stijl wordt grote waarde gehecht aan positieve onderzoeksbevindingen en worden negatieve bevindingen gewantrouwd. Negatieve bevindingen betekenen in de eerste plaats dat er mogelijk nog niet goed genoeg gezocht is. Dat moet zoveel mogelijk worden voorkomen. In de epidemiologische stijl zijn positieve en negatieve bevindingen van relatieve waarde en vooral afhankelijk van de betrouwbaarheid van de test:

K: Ik vind dat er bij duidelijke anamnestiche aanwijzingen voor allergie en een negatieve huidtest een RAST-test gedaan moet worden. De huidtest kan immers vals-negatief zijn.

A: Ik snap dat niet. De RAST-test kan ook vals-negatief zijn. Doe dan een inhalatie-provocatietest. De sensitiviteit en specificiteit van RAST en huidtest zijn immers vergelijkbaar.

E: De ene test kan fout zijn, de andere test kan ook fout zijn. Dan heb je het probleem: welke test is de juiste?

Fout-positieve ('vals'-positieve) bevindingen worden in de klinische stijl op de koop toe genomen en vormen geen daadwerkelijk probleem; ze hoeven slechts te worden gecorrigeerd door een aanvullend onderzoek dat tot doel heeft de positieve bevinding te verifiëren. In de epidemiologische stijl maken te veel fout-positieve bevindingen een onderzoek gevaarlijk, zodat het achterwege dient te blijven:

K: Vaak maak ik bij zo'n ernstige ziekte

een keer een thoraxfoto om toch een compleet beeld te hebben, waarbij je ook een aantal discussiepunten die er zijn, uitsluit. Daar is niets op tegen. En als je naar de individuele patiënt kijkt die tientallen jaren met zijn CARA loopt, dan vind ik het geen overbodige luxe om een keer een foto te maken, te meer omdat je - in een heel gering percentage weliswaar, dat ben ik met je eens - een aantal mensen zult hebben bij wie de therapeutische consequenties totaal anders zijn. Zie je bijvoorbeeld zeer lokale bronchiëctasieën, dan moet je niet alleen met luchtwegverwijders aan de gang gaan, dan zul je een andere therapeutische weg moeten bewandelen.

E: De specificiteit is buitengewoon laag, de sensitiviteit is ook laag. Ik weet niet wat ik met die foto moet. Je zit niet alleen met het feit dat je mogelijk dingen aantoon. Het probleem is de lage specificiteit; je krijgt een heleboel vals-positieve bevindingen en veel onduidelijke uitslagen. Misschien ga je een planigrafie doen of de foto herhalen. Allemaal van dat soort problemen komen er te voorschijn als je een thoraxfoto opneemt in je diagnostiek. Dat genereert een gigantische hoeveelheid onderzoek, kosten en ongerustheid.

K: Maar als de foto mis is, dan is er echt iets mis. Dan is er meer aan de hand dan alleen een beginnende CARA.

E: Als de specificiteit laag is, dan is er zeker niet altijd iets mis.

In de klinische stijl is elke positieve bevinding van belang. Resultaten van onderzoek waarvan de verrichting bij CARA-patiënten niet wordt aanbevolen omdat het te weinig informatief is, kunnen van waarde zijn als het om andere redenen is uitgevoerd:

K: Ik ben het met je eens dat het absolute aantal eosinofielen weinig specifiek is voor CARA, maar als huisarts krijg je soms de beschikking over een bloedbeeld. Dan kan het aantal eosinofielen aanleiding zijn om te denken aan een allergie. Als je de bepaling in handen hebt, is het jammer als je er niets mee doet ... bij een CARA-patiënt kan een hoog aantal eosinofielen een belangrijke aanwijzing zijn voor expositie aan een allergeen. Dat zijn dingen die je laat liggen, denk ik, als je ze niet beschrijft. Het is jammer als huisartsen gegevens ter beschikking krijgen en daar niets mee doen.

In de epidemiologische stijl zijn dergelijke overwegingen echter van geen waarde:

E: Maar dan moet het denkpatroon wel kloppen, en dat doet het gewoon niet. Het aantal eosinofielen is geen maat voor CARA. Als iemand zo duidelijk reageert op een allergeen, dan blijkt dat wel uit zijn peak flow. De eosinofielen interesseren

me niks, waar het om gaat is of de patiënt goed behandeld wordt.

In alle bovenstaande discussiefragmenten doet K onderzoeksvoorstellen of vindt hij onderzoeksresultaten van waarde die in de epidemiologische denkwijze worden afgewezen.

In de klinische stijl bestaat een duidelijke tendens tot het verrichten van veel onderzoek; een tweede onderzoek kan immers altijd nog enkele positieve uitslagen opleveren die bij een eerste onderzoek over het hoofd waren gezien. Er is geen reden om de waarde van verschillende onderzoeksmethoden anders dan op basis van het aantal positieve bevindingen met elkaar te vergelijken. Voor andere evaluatie methoden ontbreken de criteria. De grens tussen een positieve en een negatieve testuitslag wordt weinig precies omschreven. Globale indelingen zijn voldoende. Een betrouwbare interpretatie van de gegevens is alleen mogelijk in het licht van het totale plaatje van de patiënt. In de epidemiologische stijl is men sterk geneigd om onderzoeksmethoden en hun uitslagen kritisch te beoordelen. Een onderzoeksmethode kan volstrekt waardeeloos zijn door een teveel aan fout-positieve of fout-negatieve bevindingen. Een onderzoek kan zinloos worden bij de komst van een betere methode. Daarnaast is de waarde van elk onderzoek relatief ten opzichte van wat we al wisten. De waarde van onderzoek wordt berekend en uitgedrukt in getallen als specificiteit en sensitiviteit. De grens tussen een positieve en een negatieve testuitslag dient daartoe scherp te zijn omschreven.

Inzicht in deze verschillen in redeneerwijze is bij de deelnemers aan de discussies overigens niet geheel afwezig:

K: Ik merk toch dat ik iets anders denk dan jullie. CARA is een soort legpuzzel. Er zijn allemaal stukjes die in elkaar kunnen passen. Soms pak je bepaalde delen en soms laat je bepaalde delen liggen. Dan kun je wel absolute uitspraken willen doen of je bepaalde dingen wel of niet moet prikken in de huisartspraktijk, maar soms kan een onderzoek iets opleveren waardoor je een beter beeld krijgt van het geheel.

De epidemioloog is echter een andere mening toegedaan:

E: Laten we wat rekensommetjes maken. Bij lage sensitiviteit krijg je vooral ellende.

A: Redeneer je ten opzichte van elk criterium zo?

E: Ja.

A: Een andere manier van denken. Ik zit er geloof ik een beetje tussenin. Jij bent denk ik heel huisartsgeneeskundig.

Laatstgenoemde lucide opmerking ■

over de huisartsgeneeskundige betekenis van de epidemiologische stijl leidt niet tot het besluit in het vervolg die stijl te laten prevaleren. Deze verschillen in de manier waarop positieve en negatieve bevindingen gewaardeerd worden, spelen een belangrijke rol in vrijwel alle discussies die zijn gevoerd over de diagnostiek van CARA, maar ze zijn ook te traceren in discussies over de behandeling van CARA.

De klinische, de epidemiologische en de pragmatische opvatting van CARA

In de volgende paragrafen worden de inhoudelijke posities beschreven die in de discussies over CARA naar voren komen. Achtereenvolgens komen meningsverschillen over definitie, diagnostiek, doel van behandeling, wijze van behandelen en controles aan de orde. Een volgorde die wordt bepaald door de interne logica waarmee de verschillende aspecten van CARA in een bepaalde visie met elkaar samenhangen, lijkt niet direct voorhanden; daarvoor zijn de aspecten op te complexe wijze met elkaar verweven.

De realiteit van het begrip 'CARA'

De in de inleiding beschreven specialistische opvatting van het begrip 'CARA' is niet onomstreden. In de epidemiologische visie deugt de Groninger hypothese eigenlijk niet. De term 'CARA' is ontworpen om een aantal problemen te ontwijken. Daarmee werden echter weer nieuwe problemen gecreëerd:

E: Het begrip 'CARA' dekt een bepaalde opvatting over de verschijnselen, meer is het niet. Het concept deugt eigenlijk niet. Andere concepten deugen ook niet. Wat wel deugt weet niemand.

Met het oog op de therapeutische consequenties zou, aldus de *epidemiologische* opvatting, het onderscheid tussen een astmatische en een bronchitische patiënt wel eens belangrijk kunnen zijn. De bewering dat ook bronchitispatiënten baat hebben bij een chronisch gebruik van corticosteroïden, wordt omstreden geacht. Het onderscheid tussen astma en bronchitis is, zo wordt toegegeven, moeilijk te definiëren, maar moet vooral worden gezocht in de variabiliteit van de bronchusobstructie. In het *klinische* gedachtengoed is het ont-rakelen van astma, bronchitis en emfyseem een manier van denken die achterhaald is. Daarvoor zijn er te veel overgangsvormen en is in Nederland juist de term 'CARA' bedacht. De Groninger hypothese is inmiddels voldoende bevestigd om haar niet langer in twijfel te hoeven trekken. Nadat de diagnose 'CARA' is gesteld, wordt in tweede instantie - na aanvullende diagnostiek - op basis van een nauwkeurige beschrijving van het

totale beeld maatwerk mogelijk. Met zo'n beschrijving valt een gedifferentieerd inzicht te verkrijgen van hetgeen er in de luchtwegen gebeurt: of er sprake is van spasme, slijmvlieszwelling of elasticiteitsverlies. Pas dan kan de behandeling worden vastgesteld. Dan kan het best voorkomen dat iemand met astma bijna net zo wordt behandeld als iemand met bronchitis.

Het vaststellen van de diagnose

Volgens de specialistische opvatting van CARA uit de inleiding is de vaststelling van de aanwezigheid van CARA weinig problematisch. Per definitie gebeurt dit vrijwel geheel op basis van de anamnese. Verder onderzoek is gericht op het nader in kaart brengen van de CARA, maar speelt geen rol bij de vaststelling ervan. In de ogen van E is er echter wel sprake van een probleem. Als gesteld wordt dat in de huisartspraktijk onderdiagnostiek voorkomt - met alle schadelijke gevolgen voor de longen van dien - moet een afwijkende longfunctie bij de vaststelling van CARA betrokken worden. De anderen vinden dat maar onzin:

K: Ik weet niet waar je het nu over hebt.

P: Nee, precies.

K: Criteria voor de diagnose kun je ook terugvinden in de definitie wat CARA is.

P: Iemand kan CARA hebben met een goede longfunctie, in de definitie is 'CARA' een puur anamnestic begrip. Of die longfunctie goed is of niet, is een tweede. Je hebt dus CARA-klienten met een goede longfunctie.

De clinicus vindt het betrekken van de longfunctie bij de vaststelling van CARA met name bezwaarlijk omdat mensen met

zonder klachten, maar bij onderzoek vind je een flink obstructieve longfunctie.

K: Dan is dat iemand met een kenmerk van CARA.

E: Waar leg je de grens?

K: Als hij een bronchusobstructie heeft.

E: Wanneer heeft hij een bronchusobstructie?

K: Als het aangetoond is.

E: Wanneer is het aangetoond?

K: Dat weet je net zo goed als ik.

E: Dat weet ik juist niet, daar gaat de discussie over.

Kennelijk is de clinicus wel bereid om iemand zonder klachten als CARA-patiënt te classificeren als er longfunctieafwijkingen zijn. Dat is een asymmetrie in zijn denken. Er is echter weer geen behoefte aan precisie:

A: Als je een longfunctieboek bekijkt, dan is een heel groot punt waar je de grens tussen afwijkend en normaal moet leggen.

Dan is de maat van de standaarddeviatie een van de manieren om dat op te lossen.

K: In het algemeen wordt het wat vaag gedefinieerd als verlies aan FEV1 vergeleken met de normaalwaarde van die leeftijdsgroep.

Beïnvloeding van de prognose

Overeenkomsten tussen astma, chronische bronchitis en emfyseem zijn er volgens de klinische opvatting niet alleen omdat deze verschillende vormen van CARA op dezelfde pathofysiologische mechanismen berusten, maar ook omdat ze in de loop der tijd bij één patiënt tot uiting kunnen komen. Astma kan overgaan in chronische bronchitis, chronische bronchitis kan leiden tot emfyseem. Deze ontwikkeling kenmerkt zich door irreversibele

De term 'CARA' is ontworpen om problemen te vermijden

CARA dan ten onrechte als gezond geclassificeerd kunnen worden. Een aantal van hen heeft echter wel degelijk aandacht nodig, om te voorkomen dat ze een slechte longfunctie krijgen, bijvoorbeeld mensen die CARA hebben zonder duidelijke bronchusobstructie maar die flink roken. Er is ook een categorie klagers die de hele tijd over hoesten klagen van wie men zich moet afvragen of ze wel CARA hebben, zeker als daar bij verder onderzoek geen duidelijke aanwijzingen voor zijn; dat is echter een probleem van een andere orde. Dit verklaart tevens het verloop van E's volgende strategie:

E: Maar andersom dan: je hebt iemand

achteruitgang van de longfunctie. Kenmerkend voor de klinische denkwijze is optimisme over de mogelijkheden om de achteruitgang te beïnvloeden. Door het leveren van het reeds genoemde maatwerk valt deze achteruitgang te voorkomen of op z'n minst te vertragen. Omdat het van belang is zo vroeg mogelijk met deze beïnvloeding te beginnen, moet de diagnose 'CARA' tijdig worden gesteld. De arts moet alert zijn en moet voorkomen dat patiënten 'afglijden'. Late herkenning is schadelijk voor de patiënt:

K: Dat houd ik mijn patiënten altijd voor. Het wordt ons toch uit wetenschappelijk onderzoek aangereikt.

E: Er is discussie over. Noem mij die bronnen dan maar eens. Het lastige is dat er heel weinig over is.

K: De longartsen zeggen dat het niet meer omstreden is.

A: We kunnen eventueel zeggen dat longartsen die lang met mensen werken die indruk hebben.

Opmerkelijk is, dat de indruk van de longartsen waarop de clinici zich bij gebrek aan wetenschappelijk bewijs beroepen, niet onmiddellijk door de epidemiologen als onvoldoende terzijde wordt geschoven. Voor het bewijs van een therapeutisch effect op korte termijn zou een dergelijke indruk stellig onvoldoende zijn.

Discussie over de klinische claim is evenwel overbodig, want deze is neutraal ten opzichte van de wijze waarop de epidemiologen hun doelstelling menen te kunnen bereiken. De laatste achten het vooral belangrijk dat de patiënt op korte termijn in een optimale conditie komt te verkeren. De diagnostische en therapeutische maatregelen die daartoe aangewezen worden geacht, verschillen niet van die welke volgens de clinici leiden tot behoud van de longfunctie op langere termijn, mits ze lang genoeg worden volgehouden. Uiteenlopende doelstellingen zijn bereikbaar met dezelfde middelen.

De waarde van lichamelijk onderzoek

Het is in de huisartspraktijk gebruikelijk bij mensen met luchtwegaandoeningen lichamelijk onderzoek te verrichten. De vraag is of bevindingen bij lichamelijk onderzoek informatie kunnen verschaffen over de aanwezigheid of de ernst van CARA.

Tijdens een discussie over de betekenis van een tonvormige thorax en slecht verschuivende longgrenzen stelt de epidemioloog het probleem in zijn algemeenheid aan de orde:

E: Mag ik de steen in de vijver gooien? Waarom doen we überhaupt lichamelijk onderzoek bij CARA-patiënten?

A: Contact met het lichaam van de patiënt is de belangrijkste reden. Aan de andere kant kun je wel eens wat opsporen.

P: Je sluit andere oorzaken uit.

E: Precies, moet je daar niet vooral op uit zijn. Je kunt heel veel filosoferen over de waarde van weinig educatieve symptomen, maar dan wordt de standaard discutabel. Behalve het uitsluiten van andere pathologie zou ik er geen andere dingen bij willen halen. Lichamelijk onderzoek is vaak ritueel; de waarde is gering, die lap ik aan mijn laars.

A: Het is veel simpeler om een één-secondewaarde te bepalen.

K: We gaan toch een beetje uit van het

stapsgewijze kijken naar de patiënt, zoals je in de huisartspraktijk doet. Je krijgt door lichamelijk onderzoek toch een indruk van wat er aan de hand is.

A: Het kost veel tijd, slechts in een enkel geval ...

E: Laten we eerlijk zijn: de diagnose 'obstructie' zie je al als je de patiënt ziet lopen, de rest is uitdieping. Lichamelijk onderzoek bevestigt slechts wat je al dacht. Buitenbeentjes van lichamelijk onderzoek moeten we eruit houden, die maken het nodeloos ingewikkeld.

Omdat veel afwijkingen door middel van lichamelijk onderzoek moeilijk vast te stellen zijn en bovendien vanwege hun geringe correlatie met de longfunctie weinig betrouwbaar zijn, is het in de epidemiologische gedachtenwereld wenselijk het lichamelijk onderzoek bij (verdenking op) CARA te beperken tot onderzoek dat gericht is op het uitsluiten van andere pathologie. Informatie over de ernst van de CARA kan beter op het onderzoek van de longfunctie gebaseerd worden. Het longfunctieonderzoek kan het lichamelijk onderzoek hier vervangen. In de ogen van de clinicus is dat een maatregel die te ver gaat. Ook indrukken zijn waardevol.

Behandeling van klachten en behandeling op basis van de longfunctie

Tot dusverre zijn alleen de standpunten van de clinici en die van de epidemiologen aan de orde geweest. In de beschreven discussies nemen de pragmatici geen duidelijk eigen standpunt in. Wat betreft de vaststelling van CARA onderschrijven zij het standpunt van de clinici, dat dit op basis van de anamnese kan geschieden. Uit pragmatisch gezichtspunt staat de vraag naar het nut van de diverse diagnostische en therapeutische maatregelen centraal. Met name longfunctieonderzoek is discutabel, want heeft dit consequenties voor de therapie? Waarom behandelen we niet gewoon op basis van klachten?

P: Ik voel me wat onzeker in dit gezelschap, maar ik behandel heel wat patiënten zonder dat daar longfunctieonderzoek aan vooraf is gegaan. Ik heb niet het idee dat ik daar heel veel patiënten nadeel mee berokken. Zonder objectiverend onderzoek lijkt het ook goed te gaan.

E: Behandelen mag alleen op grond van harde criteria: dat is de stelling. Die is ook wel te onderbouwen. Het blijkt dat subjectieve verschijnselen, bijvoorbeeld kortademigheid, heel slecht correleren met de kwaliteit van de longfunctie. Dan kun je zeggen: als de mensen maar tevreden zijn, dan is het wel goed, maar het gaat om mensen die als er wat meer aan gedaan werd veel beter zou kunnen zijn, dan

zouden ze bijvoorbeeld betere arbeidsprestaties kunnen leveren. De beste instelling is alleen door te werken met harde criteria te bereiken.

A: Ik denk dat je als je niet objectiveert een deel van de mensen met CARA niet als zodanig herkent, met als gevolg dat je er minder goed bovenop zit en dat je daarnaast het gevaar loopt de verkeerde behandeling te geven door bijvoorbeeld mensen met een dramatisch slechte longfunctie alleen maar zo nu en dan Ventolin te geven.

P: Kun je een dramatisch slechte longfunctie hebben zonder subjectieve klachten? Ik ben niet helemaal zeker, maar ik vertegenwoordig dit standpunt: dat je daar zit voor klachten en mensen moet helpen hun leven te leiden.

K: Als je over diabetes gaat praten: hoeveel mensen hebben helemaal geen klachten?

P: Dat is in principe prima, maar bij diabetes heb je het vage vermoeden dat een goede instelling mogelijk achteruitgang van oogfunctie en nierfunctie ten gunste beïnvloedt, maar bij het verbeteren van de longfunctie heb ik eigenlijk maar heel onduidelijke aanwijzingen of daar de prognose van het lichamelijk functioneren iets verbetert ... Heb je aanwijzingen dat je de snelheid van achteruitgang kunt beïnvloeden?

A: Jawel, bijvoorbeeld door corticosteroiden te geven, en continue behandeling met alleen bronchusverwijders is waarschijnlijk schadelijk.

A: Je hebt onvoldoende aan de klachten. Achteruitgaande longfunctie is vaak een reden om extra hard met roken te stoppen of te zeggen: je moet andere medicatie hebben.

A: Concreet gesproken: geef maar corticosteroiden.

P: Dat is eigenlijk het enige instrument dat je hebt, dus strikt logisch gesproken kun je zeggen: gebruik dat maar.

K: Ik ben het er niet mee eens, ik vind dat ongenueanceerd over CARA-therapie praten. Je moet eerst duidelijk hebben: wat is er aan de hand? Er zijn een aantal duidelijke criteria, je hebt naar hyperreactiviteit gekeken, naar allergie gekeken, sanering, al die dingen. Dan ga je een plan de campagne opstellen. Dan kan het zijn dat iemand zonder medicatie al goed geholpen is door niet meer te roken en sanering.

P: Die dingen die je noemt kun je anamnestic vastleggen, daar heb je geen longfunctiemeting voor nodig. Geeft de longfunctie zelf enig handvat om te behandelen? Daar heb ik mijn vraagtekens. Niet of allergie niet een belangrijk behandelcriterium is.

E: Je stelt de waarde van de longfunctie ter discussie.



P: Ja: of dat waarde heeft voor de keus van de therapie, of je nou drie liter blaast of twee liter.

A: Hij zegt: als je nou toch net zo behandelt als ik, jij hebt wel de longfunctie en ik niet, maar onze therapieën zullen gelijk uitvallen. Alleen ik weet dat de een het goed maakt en de ander niet, en dat weet jij niet.

K: Maar je hoeft helemaal niet steeds

een normale peak flow kan een ernstige vorm van luchtwegobstructie hebben die irreversibel is. Daarover is voldoende literatuur.

A: We moeten praktisch denken. Iemand met een lage peak flow met anamnestic duidelijk CARA, daarvan is voor mij duidelijk dat die een geobjectiverde obstructie heeft. Wat is dan de aanvullen-de waarde van een één-secondewaarde?

De drie visies vinden elkaar in hun eigen gelijk

met corticosteroiden te behandelen. Alleen bij slechte longfunctie. Er is dus ook gevaar voor overbehandeling.

E: Conclusie: je weet nooit of je goed zit zonder longfunctie. Met name de één-secondewaarde is bruikbaar om het optimum van behandeling vast te stellen; je bent flexibeler en nauwkeuriger dan wanneer je alleen maar afgaat op de anamnese.

P: Voorkomen van overbehandeling is inderdaad een belangrijk argument.

E: Samenvattend: je kunt bij het instellen niet alleen op de anamnese afgaan.

Deze discussie is typerend voor de verschillende accenten die door de drie partijen worden gelegd. In de *epidemiologische* visie is de waarde van de longfunctie gelegen in haar bijdrage aan een betere instelling van de patiënt op korte termijn. In de *klinische* zienswijze is de longfunctie vooral belangrijk voor de doelstellingen op langere termijn. Voor de *pragmaticus* geeft uiteindelijk de mogelijkheid de doorslag dat kennis van de longfunctie overbehandeling kan voorkomen. Aldus vinden de drie visies elkaar in hun eigen gelijk.

Welk longfunctieonderzoek is noodzakelijk?

Overeenstemming over de vraag of er longfunctieonderzoek moet worden verricht, betekent niet dat er overeenstemming bestaat over de vraag welk longfunctieonderzoek zinvol is. Dat huisartsen gebruik moeten gaan maken van piekstroommeters, wordt door iedereen onderschreven. De vraag is echter of dat voldoende is. Moeten niet ook de vitale capaciteit en de één-secondewaarde worden bepaald?

P: Ik doe dat eigenlijk nooit, omdat ik niet begrijp wat ik mijn patiënten dan meer kan bieden.

K: Je weet dan onvoldoende wat er echt met die patiënt aan de hand is. Iemand met

Twee weken peak flow geeft ook een indruk over de variatie. Een één-secondewaarde is alleen nodig bij anamnestic aanwijzingen voor CARA zonder peak flow-afwijkingen.

E: Ik ondersteun dat warm. De peak flow is goedkoop, eenvoudig en brengt veel aan het licht. Bij tachtig tot negentig procent van de patiënten heb je aldus een parameter voor de beoordeling van het effect van de behandeling.

De meningsverschillen met de klinici worden beslecht op basis van haalbaarheidsargumenten. Betrouwbare en betaalbare apparatuur om de één-secondewaarde en de vitale capaciteit in de huisartspraktijk te meten, is op het moment dat de discussie gevoerd wordt niet beschikbaar. Het aanbevelen van deze bepalingen zou in veel gevallen verwijzing naar de longarts impliceren. Dat heeft zelfs in de ogen van de klinici niet de voorkeur.

Proefbehandeling en behandeling van pathofysiologie

In bovenstaande discussie is de longfunctiebepaling vooral van betekenis voor de beantwoording van de vraag of er moet worden behandeld en voor de beoordeling van het effect van een eenmaal ingestelde therapie. Longfunctiebepalingen en eventueel de minder betrouwbare klachten zouden ook een rol kunnen spelen bij de beslissing hóe er wordt behandeld, door het middel te kiezen waarop de longfunctie van de patiënt het best reageert. Dat is echter in de ogen van de clinicus ondenkbaar:

A: De een beweert dat Ventolin beter helpt bij astma, Atrovent beter bij bronchitis, maar dat is geen wet van Meden en Perzen. Ook de omgekeerde bewering wordt in de literatuur aangetroffen.

K: Centraal staat voor ons: wat is er echt aan de hand?

P: Dat willen we alleen weten met het oog op de therapie.

K: Als je niet weet wat er is, kun je nooit weten wat er voor therapie nodig is.

P: Die stelling behoeft ondersteuning.

K: Ik denk dat huisartsen vaak behandelen zonder te weten wat er echt speelt. Dat betekent dat de behandeling vaak raak schiet, maar ook vaak mis. Zo maakt directe of indirecte reactie wat uit voor de behandeling.

A: Het is toch heel huisarts-eigen om eens wat te proberen en als het niet lukt om dan eens verder te gaan kijken?

K: Bij CARA moeten ze dat afleren, daarvoor moeten we een goed plaatje kunnen maken wat er werkelijk is.

De keus van de behandeling behoort volgens de clinicus te geschieden op basis van wat er 'echt aan de hand is' en 'werkelijk is'. Deze omschrijvingen verwijzen naar de pathofysiologische mechanismen die bij CARA een rol spelen: allergie en hyperreactiviteit. Hyperreactiviteit wordt daarbij geacht een maat te zijn voor ontsteking, hetgeen in de eerste plaats een pathologisch-anatomisch begrip is. De clinicus kent aan de proefbehandeling weinig ruimte toe. De anderen ontkennen niet dat kennis van pathofysiologische mechanismen van belang is, maar stellen dat onderzoek in die richting kan worden uitgesteld, met name als er slechts incidenteel klachten zijn.

Een allergietest wordt vanwege de therapeutische consequenties vroeg of laat door iedereen noodzakelijk geacht. Over het onderzoek naar de aanwezigheid van hyperreactiviteit lopen de meningen echter ver uiteen:

A: Ik vraag me af of je hyperreactiviteit wel wilt weten.


K: Ik wel, het is belangrijker dan allergie.

A: Maar als er geen allergie is?

E: Je kunt het postuleren of aantonen.

K: Het is wel van waarde, de relatie tussen klachten en hyperreactiviteit is slecht. De clinicus beschouwt de hoogte van de prikkelde drempel als een maatstaf voor de ernst van CARA, waarbij ook iemand die goed is ingesteld maar een sterk gestoorde prikkelde drempel heeft, goed in de gaten gehouden moet worden. De epidemioloog vindt daarentegen de bepaling van de prikkelde drempel nutteloos. Hyperreactiviteit kan gemakkelijk anamnestic worden vastgesteld: iemand die periodiek gedurende langere tijd benauwd is, heeft kennelijk sterk reagerende longen en is dus hyperreactief; als maat voor de behandeling moet niet de hoogte van de prikkelde drempel, maar de longfunctie worden genomen.

Het bewijs van logica en empirie

Dat het mogelijk is achteruitgang van de longfunctie bij CARA-patiënten te voorkomen, is niet in een therapeutisch expe- 

riment bewezen, maar wordt door de clinici aanneemelijk geacht. Clinici spreken veelvuldig van rationale, irrationele, causale en symptomatische middelen om therapeutische keuzes te motiveren. Deze termen verwijzen naar de wijze waarop een middel werkt. Rationale therapie is gericht op de oorzaken van de terugkerende benauwdheid. De rationaliteit van een therapie kan ook gelegen zijn in het feit dat het middel ingrijpt in het pathofysiologisch mechanisme dat bij de patiënt een rol speelt:

K: De meest oorzakelijke, de best in het mechanisme (hyperreactiviteit, TW) ingrijpende therapie zijn corticosteroïden.

Volgens de *clinici* kan van een therapie die ingrijpt in een pathofysiologisch mechanisme bij gebrek aan empirisch vastgestelde werking op logische gronden worden aangenomen dat ze de beoogde effecten heeft. Omgekeerd kunnen effecten op logische gronden worden uitgesloten: *K: De klassieke emfyseempatiënt heeft geen baat bij steroïden, omdat daar geen werkingsmechanisme van steroïden op is. Er is echter maar een bepaald percentage met uitsluitend emfyseem. Een grote groep zit daarvoor, die dankzij de steroïden niet de klassieke vorm hebben gekregen. Zo denk ik erover.*

Symptomatische therapie leidt, aldus de clinicus, weliswaar tot vermindering van klachten op korte termijn, maar heeft omdat ze symptomatisch is geen positieve effecten op de longfunctie op langere termijn. De kwalificatie 'symptomatisch' dient er tevens toe de toepasbaarheid van een therapie te begrenzen. Terwijl causale therapie geschikt is voor onderhoudsbehandeling, leent symptomatische therapie zich slechts voor incidentele toepassing. Voor de *epidemioloog* is het onderscheid tussen symptomatische therapie en causale therapie niet erg duidelijk. Ook symptomatische middelen hebben hun aangrijpingspunt in een van de pathofysiologische ketens die een rol spelen bij CARA. Het onderscheid is in zijn ogen evenwel tevens van weinig belang, want het ontleenen van therapeutische voorkeuren aan pathofysiologische voorstellingen dient achterwege te worden gelaten; alleen empirisch aangetoonde effecten tellen.

E: Over corticosteroïden mag je best zeggen, dat daar op dit moment veel over gespeculeerd wordt. Dat kan nog heel anders komen te liggen. We weten het gewoon niet.

Het is volgens de epidemiologen niet zinvol om de rationaliteit van een therapie aan een pathofysiologisch mechanisme te koppelen. In de eerste plaats dient er te worden gelet op het effect op korte termijn. In concrete gevallen kan de vaststelling of iets werkt het best geschieden aan de

hand van de klachten van de patiënt en diens behoefte aan bronchusverwijders.

Het begeleiden en controleren van de patiënt

In de *klinische* optiek is een adequate begeleiding en controle van de patiënt van het grootste belang. Op die wijze kan verdere achteruitgang van de longfunctie zoveel mogelijk worden voorkomen. Om te kunnen beslissen wie van de CARA-patiënten de grootste risico's op korte of lange termijn lopen en derhalve de meeste aandacht verdienen, dienen patiënten te worden 'ingekaart'. Inkaarting geschiedt aan de hand van een aantal risicofactoren als leeftijd, roken, frequentie van klachten, bevindingen bij lichamenlijk onderzoek en longfunctieonderzoek, de mate van allergie en hyperreactiviteit, en de aanwezigheid van hyperinflatie bij röntgenonderzoek. In het inkaartingsprotocol zijn alle risicofactoren van gelijk gewicht. Een verstoring van een waarde noodzaakt reeds tot het treffen van maatregelen. Het protocol beslist over de intensiteit van de controles en geeft tevens aan of deze door huisarts of longarts dienen te geschieden. Het protocol geeft geen aanwijzingen voor de therapie.

Met behulp van het inkaartingsprotocol, aldus de clinicus, kan de huisarts systematisch gebruik maken van alle informatie die hij heeft. Het draagt bij aan 'een stuk bezinning'. Wat ogenschijnlijk een acute bronchitis is, kan een ernstige vorm van CARA zijn. Zonder een dergelijk protocol wordt er meestal niet consequent met de gegevens omgegaan, zodat kansen blijven liggen. Soms rolt er iets uit dat niet was verwacht.

De vertegenwoordigers van de *epidemiologische* denkwijze vinden, dat het inkaartingsprotocol zich moet beperken tot die dingen waarvan bekend is dat het risicofactoren zijn: het aantal paroxysmen en een slechte één-secondewaarde. Met betrekking tot de andere dingen die de clinicus wil meten, ontbreekt volgens hen de wetenschappelijke onderbouwing. Dat er wel eens wat gevonden wordt, geldt als onvoldoende evidentie. Bovendien wordt de onderlinge onafhankelijkheid van de risicofactoren in twijfel getrokken.

Ook in andere opzichten zijn ze van de waarde van het inkaartingsprotocol allerm minst overtuigd. Misschien is het beter de aandacht te verschuiven naar de herkenning van degenen die het risico lopen onder- of overbehandeld te worden. De helft van de astma-doden kwam nooit bij een arts. Risicofactoren zijn dan bijvoorbeeld, dat mensen steeds laat bellen en het veranderen van huisarts. Het inkaartingsprotocol beslist over de vraag wie welke patiënt moet behandelen, maar dat

is geen relevante discussie; dat is afhankelijk van de arts-patiëntrelatie en de deskundigheid van de huisarts: een deskundige huisarts kan veel patiënten zelf behandelen. Een inkaartingsprotocol dat daar geen aandacht voor heeft, is voor de epidemioloog niet acceptabel.

Ook de *pragmatici* zien inkaarting op basis van de aanwezigheid van risicofactoren van de patiënt niet als een nuttige bezigheid:

P: Als ik kijk hoe ik in de praktijk werk, dan zet ik op een rijtje welke factoren ik kan beïnvloeden en die probeer ik dan ten gunste te beïnvloeden. Daar heb ik geen groepen of indelingen naar ernst bij nodig. Op die manier probeer ik de patiënt zo goed mogelijk te krijgen. Ik verwijs ook mensen naar de longarts. Dat doe ik bij mensen die ernstige klachten blijven houden of bij mensen waarbij ik twijfel aan de diagnose. Ik verwijs niet puur en alleen omdat iemand een ernstige CARA heeft. Ik moet wel het idee hebben dat de longarts er meer aan kan doen dan ik. Zo heel veel meer mogelijkheden heeft de longarts niet.

Stijlen en opvattingen, praktijk en opvoeding

De opvattingen van de clinici, de epidemiologen en de *pragmatici* blijken ten aanzien van alle aspecten van de CARA-problematiek uiteen te lopen. Terwijl de *clinici* CARA beschouwen als een ernstige aandoening met veel valkuilen welke alleen met uitgebreid onderzoek en voortdurende aandacht omzeild kunnen worden, menen de *epidemiologen* dat onze kennis van CARA en de beïnvloedbaarheid van het natuurlijk beloop te gering zijn om een dergelijk beleid te rechtvaardigen; zij willen vooral een optimale longfunctie op de korte termijn realiseren; omdat de klacht van de patiënt een slechte maatstaf is voor de longfunctie, is enig longfunctieonderzoek noodzakelijk, maar dat kan beperkt worden gehouden. De *pragmatici* stellen de behandeling van klachten voorop en menen dat de voordelen van andere parameters voor diagnostiek en behandeling niet erg groot zijn. De verschillende opvattingen zijn in het overzicht nog eens samengevat.

Het is niet moeilijk in te zien dat de opvattingen van de clinici en die van de epidemiologen nauw samenhangen met de stijlen van redeneren die zij hanteren.

De inschatting van de *clinici* dat CARA een ernstige aandoening is in combinatie met deels op pathofysiologische overwegingen gebaseerd optimisme over de mogelijkheden het natuurlijk beloop op de lange termijn te beïnvloeden, maakt het belangrijk vooral niets te missen. Uitzon-

derings- en probleemgevallen dienen ter onderbouwing van het verrichten van relatief veel onderzoek, waarvoor geregeld raadpleging van de longarts nodig is. De grote waardering voor positieve bevindingen maakt dat fout-positieve bevindingen gemakkelijk op de koop toe worden genomen.

De twijfel van de *epidemiologen* over de beïnvloedbaarheid van de prognose van CARA op lange termijn past bij de strengere eisen die zij stellen aan de vaststelling van een therapeutisch effect. Hun scepsis ten aanzien van op pathofysiologische inzichten gebaseerde bewijzen in dezen is in overeenstemming met een instrumentalistische opvatting van CARA. Hun behandeldoel: het realiseren van een optimale longfunctie op korte termijn, waarbij overigens niet geheel kan worden gevaren op de klachten van de patiënt, maakt de belangen die op het spel staan minder groot. Wordt er iets over het hoofd gezien, dan kan dat later nog worden gecorrigeerd. Het wordt minder erg iets te missen, waardoor de afweging van kosten en baten van aanvullende diagnostiek meer op de voorgrond treedt. De voortdurende aandacht voor het gevaar van fout-positieve bevindingen levert ruimte om van tijd tot tijd af te zien van mogelijk onderzoek, waardoor het minder vaak noodzakelijk is de longarts in te schakelen.

Het oriëntatiepunt van de *pragmatici* is de klacht van de patiënt. Voor zover die klacht niet betrouwbaar aangeeft of de therapie optimaal is, is dat vooral van belang vanwege het risico op overbehandeling.

Voortdurend staat de vraag centraal of de patiënt er beter van wordt. Onderzoek naar de aanwezigheid van allergie wordt geaccepteerd vanwege de therapeutische consequenties. Het nut van verder onderzoek is twijfelachtig, want het beperkte aantal therapeutische mogelijkheden maakt dat 'eens wat proberen' niet duidelijk minder effectief is. Scepsis ten aanzien van de pretenties van de klinici en de epidemiologen heeft de overhand.

De vraag naar de prioriteit van stijl of opvatting, van methode of inhoud, is niet eenvoudig te beantwoorden. Enerzijds wordt vanuit de verschillende wijzen waarop klinici en epidemiologen omgaan met positieve en negatieve onderzoeksresultaten een belangrijk deel van de inhoudelijke meningsverschillen over CARA begrijpelijk. Het hanteren van een bepaalde stijl van redeneren noodzaakt, zo lijkt het, tot een specifieke opvatting over CARA. Anderzijds lijkt de onderbouwing van beide beschreven opvattingen over CARA alleen mogelijk te zijn door een specifieke stijl van redeneren te gebruiken.

De prioriteitsvraag vertoont overeenkomst met de problematiek van de kip en het ei: stijl en inhoud bepalen elkaar wederzijds en zijn innig met elkaar verweven.

Uiteraard verdient de vraag naar de herkomst van de verschillende stijlen en opvattingen de aandacht. Het is opmerkelijk dat deze stijlen en opvattingen niet at random over de deelnemers aan de discussies verdeeld zijn, maar samenhangen

met de achtergrond van degenen door wie ze worden vertegenwoordigd.

De *klinische stijl* wordt vooral gehanteerd door huisartsen die hun kennis over CARA voornamelijk hebben opgedaan door nascholing van en samenwerking met longartsen. Deze specialisten worden bezocht door ernstiger en moeilijker te behandelen *individuele* CARA-patiënten, die geregeld worden gecontroleerd en frequent extra aandacht behoeven omdat ze ontsipen. Onderzoek wordt gemakkelijk verricht, de apparatuur is toch voorhanden en de ervaring wijst uit dat er niet snel te veel wordt onderzocht: geregeld wordt er iets belangwekkends gevonden dat anders over het hoofd was gezien. Deze specialistische ervaring is overgedragen op huisartsen, die haar zijn gaan toepassen in de huisartspraktijk. Dat wordt ondersteund door organisatorische maatregelen: huisartsen kunnen longfunctieonderzoek aanvragen zonder tussenkomst van de specialist.

De *epidemiologische stijl* wordt in de eerste plaats vertegenwoordigd door huisartsen die tevens aan een universitair huisartseninstituut zijn verbonden en daar onderzoek verrichten naar een aspect van CARA in de huisartspraktijk. Onderzoek verrichten betekent kijken naar *groepen* patiënten: groepskenmerken zijn belangrijker dan het individuele geval en uitzonderingen bevestigen slechts de regel. De waarde van onderzoek als het bepalen van de longfunctie en röntgenfotografie schuilt niet in toevalstreffers, maar in het afwegen van de opbrengst ten opzichte

Overzicht. Opvattingen over een aantal aspecten van CARA.

opvattingen	klinische visie	epidemiologische visie	pragmatische visie
realiteit van CARA	realistisch	instrumentalistisch	instrumentalistisch
wijze van vaststellen	anamnestisch	anamnestisch en longfunctie	anamnestisch
waarde van klachten	gering	worden meegewogen	groot
waarde van aanvullende diagnostiek	groot, het totale plaatje is van belang	moet worden berekend	afhankelijk van de consequenties van de keus van behandeling
kenmerkende voorbeelden	uitzonderings- en probleemgevallen	het gemiddelde geval	de klagende patiënt in de dagelijkse praktijk
behandeling op basis van	longfunctie	klachten en longfunctieklachten	klachten
natuurlijk beloop	ernstig	wisselend	wisselend
hoofddoel behandeling	preventie van achteruitgang op lange termijn	realiseren optimale longfunctie op korte termijn	behandeling van klachten
geloof in preventie van achteruitgang op lange termijn	bewezen of logisch	onbewezen	sceptisch
houding huisarts	alert	neutraal	afwachtend
keus van behandeling op basis van	pathofysiologie	effect op de longfunctie	effect op de klachten
proefbehandeling	afgewezen	toelaatbaar	toelaatbaar
vaststellen van effect behandeling	empirisch of logisch	empirisch	empirisch en eigen ervaring
monitoring op basis van	risicofactoren	therapietrouw, medicatiebehoefte, piekstroom	onbelangrijk
taak longarts	behandeling van risicogegevallen	afhankelijk van deskundigheid van de huisarts en de arts-patiëntrelatie	diagnostiek van onduidelijke gevallen en bij blijvende klachten

van de hoeveelheid fout-positieven en fout-negatieven. Dat is mede afhankelijk van het voorkomen van een kenmerk in de populatie; bij gelijkblijvende specificiteit en sensitiviteit is de opbrengst geringer naarmate het kenmerk minder voorkomt in de populatie die wordt onderzocht. Aangenomen, dat de praktijk van de huisarts gekenmerkt wordt door gemiddeld lichtere gevallen van CARA dan de praktijk van de specialist, is een zelfde onderzoek bij de laatste eerder zinvol.

Deze manier van denken van de onderzoeker wordt door de vertegenwoordigers van de epidemiologische stijl toegepast in de huisartspraktijk. Alleen onderzoek met voldoende specificiteit en sensitiviteit verdient het verricht te worden. De opbrengst van onderzoek dat daar niet aan voldoet is negatief; het levert vooral ruis op. Dat er met een terughoudend beleid ten aanzien van het verrichten van onderzoek wel eens wat wordt gemist, is een noodzakelijke bijkomstigheid, maar in de praktijk van de huisarts loopt het zo'n vaart niet.

De *pragmatische stijl* is die van huisartsen die in het geheel niet speciaal deskundig zijn op het gebied van CARA. Hun voornaamste referentiepunt ligt in de dagelijkse praktijk. Voor hen komen mensen bij de dokter omdat zij klachten hebben en blijven ze weg omdat de klachten verdwenen zijn. Hun ervaring met CARA wordt niet bepaald door abstracte criteria als sensitiviteit en specificiteit van onderzoek, maar door de tevredenheid van de patiënten. Maatregelen die daarin verbetering kunnen brengen, hebben prioriteit; onderzoek naar de aanwezigheid van allergie is daarom zinvol. Onderzoekingen die daaraan door gebrek aan behandelingsalternatieven geen duidelijke bijdrage leveren, kunnen even goed achterwege blijven.

Deze verbanden tussen de achtergrond van de deelnemers aan de discussie enerzijds en hun opvattingen en stijl van redeneren anderzijds doen vermoeden dat de samenhang meer dan toevallig is. Er is geen reden te veronderstellen dat het voorkomen van klachten die aan CARA geweten kunnen worden of het beloop van CARA in de huisartspraktijken van de discussianten niet belangrijk uiteenloopt. Stijlverschillen en meningsverschillen tussen de verschillende huisartsen moeten derhalve worden verklaard uit hun uiteenlopende 'opvoeding': door de specialist, door de universitaire huisartsgeneeskunde of door eigen dagelijkse ervaring.

Epiloog

In deze bijdrage is beschreven op welke wijze inhoudelijke meningsverschillen met betrekking tot CARA in verband kunnen

worden gebracht met verschillen in stijl van redeneren.

Een stijl legt met name vast wat telt als een valide argument en veroorzaakt tevens dat de validiteit van andermans argumentatie slechts moeizaam kan worden waargenomen. Stijlverschillen maken dat inhoudelijke discussies moeizaam verlopen. In de discussiefragmenten die in hier vóór zijn opgenomen is dat zichtbaar. Uiteindelijk culminerend de stijlverschillen in een zodanige verharding van standpunten dat de meest prominente vertegenwoordigers van de klinische stijl zich uit de betrokken werkgroepen terugtrekken: zij menen dat hun visie onvoldoende in de CARA-standaarden vertegenwoordigd is. In een tweede artikel - zie MC nr. 33/34 - zal worden onderzocht in hoeverre de verschillende opvattingen inzake CARA in de standaarden en bijbehorende verantwoordingen terug zijn te vinden.

Voorts lijkt het de moeite waard te onderzoeken of het mogelijk is meningsverschillen tussen huisartsen over andere ziektebeelden dan CARA op analoge wijze in verband te brengen met stijlverschillen. Een dergelijk onderzoek zou onder meer een nader licht kunnen werpen op de vraag of een arts voor verschillende vraagstukken steeds dezelfde stijl hanteert, dan wel van verschillende stijlen gebruik maakt al naar gelang het ziektebeeld, met andere woorden of een stijl persoonsgebonden of ziektebeeld-gebonden is. De onderneming kan uiteindelijk inzicht geven in de oorzaken van meningsverschillen onder artsen.

Het is niet ongebruikelijk meningsverschillen tussen specialisten en huisartsen over de aanpak van een bepaald ziektebeeld te verklaren door te verwijzen naar de verschillende patiëntenpopulaties die hun praktijken bevolken. De specialist krijgt een vertekend beeld van de ziekte, zo luidt de redenering, omdat zijn populatie bestaat uit een selectie van de ernstiger gevallen; hij zou daardoor tot overdiagnostiek neigen. Omgekeerd verwijt de specialist de huisarts nonchalance. Deze theorie wordt onder andere gebruikt ter rechtvaardiging van verschillen tussen standaarden en door specialisten opgestelde protocollen. Dit is een epidemiologische verklaring van meningsverschillen.

In het voorafgaande is beschreven hoe huisartsen, in weerwil van hun huisartsgeneeskundige praktijkpopulatie, omtrent CARA klinische opvattingen en stijlen van redeneren kunnen gaan hanteren. Kennelijk zijn opvattingen die zijn ontstaan in specialistische populaties overdraagbaar en wordt deze overdracht niet noodzakelijkerwijs belemmerd door de epidemiologie van CARA in de huisartspraktijk, zeker niet als deze wordt ondersteund

door het beschikbaar stellen van de benodigde technologie. Het zelfreinigend vermogen van de huisartsgeneeskundige epidemiologie is kennelijk beperkt.

Aangetoond kan worden, dat een bepaald ingesleten of aangeleerd diagnostisch gedrag ten aanzien van het verband tussen symptomen of klachten en diagnostische bevindingen een 'self-fulfilling prophecy'-effect kan teweegbrengen. Het desbetreffende verband kan dan worden aangetroffen, ook als het in werkelijkheid niet bestaat, met name als men zijn empirische ervaring vooral baseert op positieve bevindingen.⁷ Met behulp van een dergelijk mechanisme is de aanwezigheid van het specialistische CARA-begrip bij een deel van de huisartsen te verklaren. Het genoemde mechanisme maakt tevens de beperkingen van de epidemiologische verklaring van meningsverschillen zichtbaar: de theorie verklaart slechts het optreden van meningsverschillen, niet het uitblijven ervan. In feite veronderstelt de theorie, dat de werkelijke epidemiologie correct wordt waargenomen. Verschijnselen als het 'self-fulfilling prophecy'-effect tonen aan dat dat niet altijd het geval is. De theorie dient te worden aangevuld met vertekende mechanismen en uitspraken over de omstandigheden waaronder die optreden.

Vooralsnog kunnen we stellen, dat CARA geen universele ziekte is die overal op dezelfde wijze wordt gepercipieerd. De opvatting over CARA bepaalt de wijze waarop de ziekte wordt gediagnostiseerd en behandeld. Omgekeerd is de wijze waarop CARA wordt waargenomen bepalend voor de opvatting over deze ziekte. Naar de beroemdste dokter van de stad blijft het zo nog even zoeken. •

Tj. Wiersma,

huisarts-filosoof te Follega

Het onderzoek waarop dit artikel berust werd financieel mogelijk gemaakt door NWO.

Literatuur

1. Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM et al. NHG-standaard Cara bij volwassenen: Diagnostiek. Huisarts & Wetenschap 1992; 35: 430-6.
2. Waart MAC van der, Dekker FW, Nijhoff S et al. NHG-standaard Cara bij volwassenen: Behandeling. Huisarts & Wetenschap 1992; 35: 437-43.
3. Orie NGM, Sluiter HJ, Vries K de, Tammeling GJ. Chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen. Ned Tijdschr Geneesk 1961; 105: 2136-9.
4. Willems D. Namen voor een ziekte. Gezondheid 1993; 1: 144-55.
5. Sluiter HJ. CARA is geen diagnose. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 2201-3.
6. Sluiter HJ, Deenstra H, Gijsels A et al, red. Leerboek longziekten. Assen: Van Gorcum, 1985.
7. Knottnerus JA, Knipschild PG, Sturmans F. Symptomatie en selectiebias. Vertekening van het verband tussen klachten en diagnoses ten gevolge van selectie naar hogere echelons. Huisarts & Wetenschap 1985; 28: 325-30.

Te zeer vastgebeten in eigen interpretatie

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Groningen d.d. 13 december 1993

HET MEDISCH TUCHT COLLEGE te Groningen heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door A, wonende te C, tegen B, als neuroloog-psychiater verbonden aan het ... te D, 1993/29.

1. Verloop van de procedure

Bij klaagschrift van 26 juli 1993 heeft mr X, advocaat te D, namens klager een klacht ingediend tegen de aangeklaagde arts.

Bij brief van 28 augustus 1993 heeft aangeklaagde verweer gevoerd.

Het college heeft de klacht ter zitting van 25 oktober 1993 behandeld in aanwezigheid van beide partijen en mr Y, advocaat te D, als vervangster van mr X.

2. De klacht

De klacht luidt - zakelijk weergegeven - als volgt.

Klager is in dienst geweest bij de gemeente D als ambtenaar op de afdeling Welzijn. Tussen klager en de gemeente is een procedure gevoerd, die is geëindigd met een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 januari 1993. In die - overgelegde - uitspraak overweegt de raad onder andere: "Voor de beantwoording van de vraag of de verzoeken van gedaagde moeten worden ingewilligd, is evenwel tevens van belang of gedaagdes rugaandoening medisch gesproken in overwegende mate haar oorzaak vindt in meer vermeldde gebeurtenis. Eiser zal zich hierop nader moeten beraden."

De gemeente heeft een nieuwe afwijzende beslissing genomen op grond van een verklaring van aangeklaagde waaruit blijkt: "naar onze mening overduidelijk dat uw rugaandoening medisch gesproken niet 'in overwegende mate' haar oorzaak vindt in het tillen van het bureau in jan./febr. 1987."

Klager was niet op de hoogte van het verzoek om advies van de gemeente aan aangeklaagde; klager heeft niet ingestemd met het vragen van advies en met het verstrekken van zijn medische gegevens aan aangeklaagde, aangeklaagde heeft klager niet onderzocht en niet gehoord, hij heeft niet beschikt over de medische gegevens en niet gecontroleerd of de vraagstelling van de gemeente adequaat was.

In het - overgelegde - medisch advies van 12 maart 1993 refereert aangeklaagde aan een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep uit 1951 waarin "HNP als ziekte wordt beschouwd en slechts in zeer bijzondere geval-

len als een ongeval. Hieraan voldoet de betrokkene niet". Klager is van mening dat dit een juridisch en geen medisch oordeel is en vraagt zich af of er in ruim veertig jaren geen wijziging in medisch inzicht is opgetreden. Klager voegt hieraan toe: "Nu de Centrale Raad van Beroep heeft vastgesteld dat het aan A in februari 1987 opgekomen letsel moet worden aangemerkt als dienstongeval, is de stelling van dr B dat er geen duidelijke correlatie tussen het ontstaan van een HNP en een beroep is niet ter zake doende."

Klager stelt verder, dat onomstotelijk vaststaat dat er absoluut geen sprake was van een pre-existent ruglijden, dat eveneens vaststaat dat de klachten tijdens het tillen en verplaatsen van het bureau ontstonden en dat uit verschillende aan aangeklaagde door de gemeente gezonden stukken en verklaringen blijkt, dat verschillende specialisten van mening zijn dat de hernia door het tillen en verplaatsen van het bureau is ontstaan; daarnaast blijkt uit de vakliteratuur dat men al vele jaren van mening is dat een hernia door een trauma acuut kan ontstaan.

Klager is van mening dat aangeklaagde gegevens hem in zeer ernstige mate is te kort geschoten.

3. Het verweer

Het verweer luidt - zakelijk weergegeven - als volgt:

De gemeente trok in twijfel of er causaal verband is tussen het ongeval en de hernia. Zij werd hierin gesterkt omdat zij beschikte over twee verschillende, tegenstrijdige adviezen. Daarom vroeg ze mij om een specialistisch oordeel.

De Centrale Raad van Beroep heeft in 1951 vastgesteld dat er nimmer verband is tussen een trauma en een hernia; deze uitspraak geldt nog steeds en wordt door mij onderschreven.

Op grond hiervan kon ik de vraag abstract beantwoorden. De vraag betreft toevallig de heer A. Onderzoek werd niet gevraagd en was niet nodig.

Als ik informatie verstrek over een patiënt, vraag ik hiervoor steeds zijn of haar toestemming. Als informatieontvanger acht ik mij hiervoor niet verantwoordelijk of aansprakelijk.

De gegevens die mij ter beschikking stonden kunnen worden gerangschikt onder de volgende categorieën:

a. stukken betrekking hebbende op de vraag of het ongeval al of niet een bedrijfsongeval is;

b. gegevens over de premorbide status van de klager;

c. de medische gegevens betrekking hebbende op het ziektebeeld van de klager;

d. de genoemde stukken van de bedrijfsgeneeskundige en de medisch adviseur van de klager.

In mijn visie heb ik geen betwist feit betrokken.


Mijn refereren aan de zogenoemde irrelevantia is alleen ter accentuering van het medische feit dat een HNP niet als gevolg van een trauma kan worden beschouwd.

4. Beoordeling van de klacht

Het college stelt vast dat de gemeente bij brief van 8 maart 1993 met als bijlagen onder andere de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 januari 1993, pleitnotities van beide partijen en een negental medische verklaringen, aan aangeklaagde heeft verzocht een oordeel te geven over de vraag zoals die in de bedoelde uitspraak is weergegeven: "Voor de beantwoording van de vraag of de verzoeken van gedaagde moeten worden ingewilligd is evenwel tevens van belang of gedaagdes rugaandoening medisch gesproken IN OVERWEGENDE MATE (hoofdletters van ons) haar oorzaak vindt in meergemelde gebeurtenis (i.c. het zich vertillen aan een bureau)."

Deze overweging kan naar het oordeel van het college niet anders worden uitgelegd dan dat de Centrale Raad van Beroep van oordeel is dat er een causaal verband bestaat tussen het voorval en de hernia en dat de gemeente daarvan uitgaande een nieuwe beslissing dient te nemen, waarin betrokken dient te worden of de rugaandoening van klager medisch gesproken in overwegende mate aan het tillen en verplaatsen van het bureau te wijten is.

Het verweer dat aangeklaagde slechts advies werd gevraagd om bij twee tegenstrijdige medische adviezen een specialistisch advies te geven dat niet van doorslaggevende betekenis zou zijn, komt in zijn algemeenheid naïef voor nu de gemeente het oordeel van aangeklaagde graag spoedig tegemoet ziet "in verband met de voortzetting van de procedure".

Het verweer dat aangeklaagde klager niet op de hoogte diende te stellen van de adviesaanvraag, dat hij geen medische gegevens nodig had en klager niet behoefde te horen en te onderzoeken omdat de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 1951: 

"er kan geen causaal verband bestaan tussen een ongeval en een trauma" duidelijk is en nog steeds geldt, verwerpt het college. In de eerste plaats kan het college zich niet voorstellen dat de Centrale Raad van Beroep in 1951 in een niet nader aangegeven uitspraak het medisch oordeel zou hebben gegeven dat er nimmer causaal verband kan bestaan tussen een trauma en een hernia; de Centrale Raad van Beroep geeft juridische beslissingen in incidentele zaken die een algemene strekking kunnen hebben. Maar zelfs als de Centrale Raad van Beroep zou hebben beslist dat een hernia nimmer het gevolg kan zijn van een trauma, dan nog betreft het een uitspraak uit 1951, die juridisch en medisch achterhaald kan zijn. Uit de lijst van de stukken die de gemeente aan aangeklaagde heeft gezonden blijkt dat in de procedure voor de Centrale Raad van Beroep de vraag of de hernia een gevolg van het tillen en verplaatsen van het bureau een belangrijke rol heeft gespeeld en dat daarover een aantal medische verklaringen is overgelegd, waarvan in ieder geval enige hebben vermeld dat een hernia acuut kan ontstaan. De hiervoor geciteerde overweging van de Centrale Raad van Beroep in de uitspraak van 28 januari 1993 in de procedure tegen klager en de gemeente D stelt dan ook niet de vraag of de hernia een gevolg is van het tillen van het bureau maar of de hernia "in overwegende mate haar oorzaak vindt in meervermelde gebeurtenis". In de tweede plaats zou aangeklaagde, als hij inderdaad van mening was dat hij de vraag zonder nadere informatie abstract kon beantwoorden, hebben kunnen volstaan met uitsluitend te verwijzen naar de door hem als maatstaf gehanteerde uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. In plaats daarvan heeft hij de in zijn ogen irrelevantia toegevoegd ter "accentuering van de medische visie dat een

HNP niet een gevolg is van een traumatische beschadiging van de rug".

Het college stelt vast, dat uit de stellingen in het verweerschrift en de mondelinge toelichting blijkt:

- a. dat aangeklaagde kennis heeft kunnen nemen van de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep d.d. 28 januari 1993 en de daarin en in de brief van de gemeente herhaalde vraagstelling;
- b. dat hij zich is blijven vastbijten in de door hem gegeven interpretatie van een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep uit 1951 zonder zich in de vraag te verdiepen of die door hem gegeven interpretatie nog wel juist was dan wel was achterhaald door latere uitspraken of gewijzigde medische inzichten;
- c. dat hij niet dan wel onvoldoende acht heeft geslagen op de inhoud van de medische stukken die door klager in de procedure voor de Centrale Raad van Beroep zijn overgelegd en tot het vermelde oordeel en de vermelde vraagstelling hebben geleid;
- d. dat hij, constaterende dat de medische adviseurs tegenstrijdige adviezen hebben gegeven, niet klager zelf heeft gehoord en onderzocht;
- e. dat hij klaarblijkelijk niet of nauwelijks de bestaande vakliteratuur over de vraagstelling heeft geraadpleegd.

De toevoeging van de irrelevantia zal de bedoeling hebben gehad het advies een verantwoord indruk te geven. Het college acht dit niet juist, evenmin als de daarvoor gegeven motivering; het betreft daarin dat aangeklaagde in zijn advies aan de gemeente van 12 maart 1993 onder andere schrijft: "Uit de verdere gegevens die ik mocht ontvangen blijkt de onderzochte voor zijn ziekte een gezonde actieve man te zijn geweest, goedgekeurd voor de politie-opleiding en zeer actief in zijn vrije tijd met een rugbelastende

hobby." Afgezien van andere redenen had het voor de hand gelegen, op grond van de constatering dat klager voor zijn ziekte (het ongeval?) een gezonde actieve man was geweest, klager te horen en hem te onderzoeken.

Het college is derhalve van mening dat aangeklaagde in vele opzichten jegens klager en de gemeente te kort is geschoten.

Gelet op de ernst van de klacht besluit het college alle omstandigheden in aanmerking genomen tot het opleggen van de maatregel van berisping. In verband met de aard van de klacht acht het college het in het algemeen belang dat deze beslissing in geanonimiseerde vorm bekend zal worden gemaakt.

5. Beslissing

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen, Rechtdoende,

Legt aan de aangeklaagde arts de maatregel van berisping op,

Gelast dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven bij artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekend gemaakt door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de Nederlandse Staatscourant en aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gewezen door mr R.J.C. Wessels, plv. voorzitter, prof.dr J.N. Homan van der Heide, lid-geneeskundige, mw drs P.W. Chin A Paw-v.d. Sloot, lid-geneeskundige, drs F.G.H. de Noord, lid-geneeskundige, drs J.B. Schneider, plv. lid-geneeskundige, bijgestaan door mr M.P. Dorhout, secretaris, en uitgesproken op 13 december 1993 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. •

GELETERD

Th.F.W.A. Krebber. *Het onderzoek van de buik.*

Bunge Utrecht (Lege artis), 1994. 85 blz. ISBN 90-6348-068-7. Prijs f 24,50; voor intekenaren op de serie 'Lege artis' f 19,50.

DIT NIEUWE BOEKJE in de handzame serie 'Lege artis' is een aanwinst, die voorziet in een leemte in de opleiding van geneeskundestudenten, huisartsen, internisten en chirurgen. Op een zeer heldere manier geïllustreerd, wordt het anamnestic en lichamelijk onderzoek van de buik systematisch en grondig behandeld. Hoofdstukken over topografie, begrippen rond buikpijn en de betekenis van symptomen en

bevindingen verschaffen de theoretische basis en leiden naar het hoofdstuk 'fysische diagnostiek', waarin een en ander praktisch wordt uitgewerkt.

In het hoofdstuk over de betekenis van symptomen en bevindingen had misschien nog meer gebruik kunnen worden gemaakt van de resultaten van huisarts-geneeskundig onderzoek dat onder andere in de stad van herkomst van dit boekje wordt uitgevoerd. Daarmee kan beter inzicht worden verschaft in de minder evidente samenhang van klassieke 'signs and symptoms' met bepaalde aandoeningen die kenmerkend is voor de patiëntenpopulatie van de huisarts.

In de tekst wordt relatief veel gebruik gemaakt van ziektegeoriënteerde klinische literatuur, terwijl vooral tabellen uit tweedelijns onderzoek worden gebruikt. Deels onvermijdelijk, deels een gemiste kans.

Het geheel is echter consistent en leesbaar. Vooral het hoofdstuk 'Fysische diagnostiek', waar het eigenlijk allemaal om gaat, biedt iedere arts die geregeld onderzoek van de buik verricht een uitstekende mogelijkheid tot (na)scholing. Tenslotte kan de verworven deskundigheid in het laatste hoofdstuk worden geoefend met een tweetal casus, die afkomstig zijn uit de huisartspraktijk. Een prima toegift is de verklarende woordenlijst, waarin de belangrijkste bij buikonderzoek gebruikte termen kort worden uitgelegd. Zoals gezegd, dit boekje is een aanrader voor medisch studenten en huisartsen en specialisten in opleiding, maar ook een 'eye-opener' voor hen die al langer praktisch werkzaam zijn en misschien nog in een minder didactisch verantwoorde tijd zijn opgeleid. •

M.E. Numans

Colombine-loop 1994

“Alle leden zouden moeten meedoen”

K N M G

De Colombine-loop is vooral een gezelligheidsgebeuren. Het hele gezin kan er aan meedoen! Je hebt een geweldig leuke dag en je bent volstrekt vrij in je eigen invulling van de dag. De ene helft gaat lopen, de andere helft gaat wandelen, je kunt Het Land van Ooit leren kennen en dat is op zich al heel bijzonder. Vooral voor mensen die van het leven houden, de dromers, de kunstzinnige mensen. Het stimuleert het positieve, fantasierijke van de kinderen. Het Land van Ooit draait die dag op volle toeren. Je komt doodmoe thuis 's avonds, maar het is heerlijk. Dus wij zullen onze leden erop wijzen dat ze er niet alleen heel goed aan doen, maar dat ze gewoon een fantastische dag hebben met het hele gezin.”

Aldus KNMG-voorzitter R.H. Levi op de vraag wat hij vond van de eerste Colombine-loop. Vorig jaar werkten de KNMG en de KNMP voor het eerst samen aan het succes van de Colombine-loop om geld bijeen te brengen voor het Colombinehuis. En ook dit jaar zullen de beide organisatie zich voor de Colombine-loop inzetten. Een kort gesprek met KNMG-voorzitter Levi en KNMP-voorzitter Graatsma.

Op zondag 18 september 1994 vindt in 'Het Land van Ooit' te Drunen voor het derde achtereenvolgende jaar de Colombine-loop plaats. Net als vorig jaar zullen ook deze keer de KNMG en de KNMP eendrachtig samenwerken om de ongetwijfeld leukste loop van Nederland tot een geslaagd evenement maken. De verwachting is, dat het succes van 1993 wordt geëvenaard en zelfs overtroffen. Toen verschenen 800 lopers aan de start en brachten de KNMG en de KNMP f 50.000,- voor het Colombinehuis bijeen. Enkele jaren geleden werd binnen de Stichting Colombine het idee voor het Colombinehuis geboren. Het zou een huis moeten worden waar kinderen die op een of andere manier uit hun evenwicht zijn geraakt op verhaal kunnen komen om samen met familie, vrienden



of begeleiders enkele geweldige weken mee te maken. Het gaat om kinderen die bijvoorbeeld moeten bijkomen van een zware ziekte of om kinderen die hebben geleden onder lichamelijk of geestelijk geweld. Samengevat: een huis voor kinderen die rust, warmte, ontspanning en aandacht nodig hebben.

Hoewel het Colombinehuis als idee is begonnen, neemt de realisatie inmiddels concrete vormen aan. Zo is de grond voor het huis in Biddinghuizen in Flevoland aangekocht en nadert het ontwerp van de architect Piet Rijssenaars zijn voltooiing. Voor het project is zo'n 2,5 miljoen nodig, waarvan de helft inmiddels is bijeengebracht. Maar ook als het Colombinehuis er eenmaal staat, is er geld nodig voor de exploitatie. Geld dat er via sponsoring moet komen.

Een belangrijk streven van de stichting Colombine, waaraan het Colombinehuis zoals gezegd gelieerd is, is in haar ideeën, projecten en acties duidelijk te maken dat er op meerdere manieren tegen maatschappij, politiek, ontwikkelingssamenwerking en gezondheid kan worden aangekeken. In de gezondheidszorg wordt volgens Colombine het menselijke aspect nogal eens uit het oog verloren.

KNMP-voorzitter Graatsma kan zich voor een belangrijk deel in deze woorden vinden:

“Ik merk hoe fabrieksmatig eigenlijk het hele proces zich afspeelt. En dat er steeds meer tijd moet worden gezocht voor individuele begeleiding, een schouderklopje. Een van de problemen is volgens mij ook, dat de meeste Nederlanders ziek worden op een latere leeftijd. Een grote groep van de bevolking is tijdens haar werkzame leven nooit echt ziek. Dat betekent, dat je ook niet een goed oordeel kan vellen over wat het betekent om ernstig ziek te zijn. En dat het begrip dat gezonden voor zieken kunnen opbrengen gering is. Dat geldt bijvoorbeeld voor politici en verzekeraars: dat zijn gezonden die beslissen over zieken. Gelukkig zijn er ook positieve ontwikkelingen. Bijvoorbeeld bij de artsopleiding: vroeger ging het om de ziekte die werd behandeld, tegenwoordig gaat het om de mens achter de ziekte. Alleen is er in de praktijk bijna geen tijd voor: een huisarts heeft gemiddeld 8 minuten voor een patiënt! Daarin moet alles gebeuren. En dat is natuurlijk jammer.”

Ook KNMG-voorzitter Levi onderschrijft de doelstelling van de stichting Colombine en het Colombinehuis en ziet een duidelijke relatie met de gezondheidszorg. “Het goede aan het Colombinehuis is, dat het om kinderen gaat die op een of andere wijze buiten de boot zijn gevallen, geïsoleerd worden en die dus op een of andere manier sociaal maatschappelijk in de kreukels zitten. Daardoor vormen ze ook een risicogroep voor het krijgen van gezondheidsaandoeningen. In het Colombinehuis geef je de kinderen dan de gelegenheid vanuit een volstrekt ontwortelde omgeving tot rust te komen, waardoor allerlei factoren, dus ook gezondheid, zich kunnen herstellen. Daar zie ik heel veel positieve dingen in. We weten namelijk heel goed dat gezondheid wordt beïnvloed door allerlei factoren buiten de gezondheidszorg. Ziek word je niet alleen maar van bacteriën en van een ongeval; je kunt ook ziek

worden door slechte huisvesting, door slecht onderwijs en door beroerde levensomstandigheden."

Volgens voorzitter Levi moet de betrokkenheid van de KNMG verder gaan dan deze bijdrage. "Natuurlijk steunen we als KNMG deze loop; wij geven er onze naam aan en roepen onze leden op om mee te doen. Ik vind namelijk dat alle partijen daar beter van worden. Want ik denk dat onze leden er beter van worden, als ze zich voortdurende realiseren dat er zoveel ziekmakende factoren zijn. Artsen moeten niet alleen maar bezig zijn met drenkelingen uit het water halen. Ze zouden zich ook moeten afvragen: hoe

zijn die mensen in het water terechtgekomen?"

Vorig jaar bestond het idee dat het bij de Colombineloop om een prestatieloopting. Dit was slechts een onderdeel. De Colombineloop is vooral een evenement voor het gehele gezin; tijdens en na de loop zijn alle attracties vrij toegankelijk. Lopen voor het goede doel kan natuurlijk ook. De deelnemers kunnen kiezen tussen een viertal afstanden. Zo is er een kinderloop over 2,5 kilometer, die langs alle attracties van het park voert. Daarnaast kan worden gekozen voor de 5 kilometer duo-loop, de drie keer 5 kilo-

meter-estafette en de 15 kilometer individueel. De opbrengst van de loop komt geheel ten goede aan het Colombinehuis.

Met dank aan Roger Hendriks en Marjan Frijns

Uitgebreide informatie over het programma, loopafstanden, attracties en sponsormogelijkheden treft u aan in MC nr. 33/34 van 26 augustus 1994. Voor meer informatie over het programma en voor folder- en postermateriaal kunt u contact opnemen met Wil Lenssen van de KNMP, tel. 079-210911 of Guus Steegmans van de KNMG, tel. 030-823202. •

Convocatie Ledenvergadering 22 september 1994

L S V

Convocatie voor de Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging te houden op *donderdag 22 september 1994* om 19.15 uur in Domus Medica, Utrecht.

Agenda

1. Opening en mededelingen
2. Goedkeuring notulen Ledenvergadering 23 juni 1994
3. Bespreking Rapport Platform Curatieve Zorg
4. Verkiezing leden Centraal Bestuur

Conform de besluitvorming door de Ledenvergadering met betrekking tot de

implementatie van de herstructurering zal het nieuwe Bestuur bestaan uit de huidige voorzitter of de alsdan door de Ledenvergadering te kiezen voorzitter, vier leden uit het Centraal Bestuur, één lid uit kringen van de Wetenschappelijke Verenigingen en één lid uit kringen van de Regio's.

Er zij op gewezen dat ingevolge artikel 8 lid 2 van de Statuten der LSV leden van het Centraal Bestuur door de Ledenvergadering uit de gewone leden worden gekozen op voordracht van een Regio-bestuur, tenminste 25 gewone leden van de LSV, het Centraal Bestuur.

De voordracht voor CB-leden moet uiterlijk 14 dagen vóór de datum van de Ledenvergadering (= 8 september 1994)

vergezeld van een schriftelijke bereidverklaring van de kandidaat bij het LSV-Bureau zijn ingediend.

5. Mededelingen vanuit het Centraal Bestuur met betrekking tot een aantal actuele onderwerpen, zoals:
 - tarieven/overeenkomsten
 - kwaliteitsbeleid
 - informatietechnologie
 - in- en externe communicatie
6. Wat verder ter tafel komt
7. Rondvraag
8. Sluiting

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging

mevrouw N.I. Regensburg,
secretaris

Algemene opleidingseisen huisartsgeneeskunde

Ingevolge artikel 1109 van het Huis-houdelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft publikatie van *Besluit no. 1 - 1994* van het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde inzake de algemene opleidingseisen huisartsgeneeskunde plaatsgehad in MC nr. 29/30 van 29 juli 1994.

Dit besluit is in werking getreden op 1 augustus 1994.

K N M G Dienstverlening



Stel u studeert nog, leest Medisch Contact om bij te blijven en bent ook studentlid van de KNMG. Ook voor u nadert de dag dat u voor een specialisatie moet kiezen. Om u in deze keuze te ondersteunen, wordt door de KNMG al sinds jaar en dag het boek 'Mogelijkheden na het artsexamen' uitgegeven, waarin op overzichtelijke wijze de (opleidings)mogelijkheden worden beschreven. Toch kan het zijn dat u met vragen blijft zitten? Het secretariaat kan u helpen. Bel 030 - 823756. Uw contactpersoon: J. Doets, arts. Of schrijf naar secretariaat KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht.

Jaarverslag 1993

S G R C

De Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) is houder van het register van erkende sociaal-geneeskundigen en heeft op grond van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG volgende taken:

- het actueel houden van het register door in- en uitschrijvingen;
- het erkennen van opleidingsinstituten voor theoretisch en praktisch onderwijs (stages en praktijkopleiding);
- het benoemen van deskundigen voor de begeleiding van de integratie van theorie en praktijk.

De SGRC voert deze taken uit op basis van regelgeving door het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) en eigen aanvullende regelgeving.

De regelgeving van het CSG ligt vast in Besluiten die tot stand komen in afstemming met de betrokken wetenschappelijke verenigingen van sociaal-geneeskundigen, de SGRC gehoord en met instemming van de minister van WVC.

Eigen aanvullende regelgeving van de SGRC komt tot stand op basis van raadpleging van respectievelijk advisering door Commissies van Deskundigen (CvD's) en vaste werkgroepen van de SGRC.

Organisatie en werkwijze

De commissie

De SGRC bestaat uit leden, plaatsvervangend leden en een secretaris. De vergaderingen van de commissie worden bijgewoond door de secretaris van het CSG en een vertegenwoordiger van het Landelijke Overlegorgaan van Sociaal-Geneskundigen in Opleiding (Losgio).

De benoeming van leden en hun plaatsvervangers geschiedt door de LVSG, NVAB, NVVG, NVJG, NVAG, VSG (ieder twee leden en twee plaatsvervangend leden) en de NVMM en de NVAWT (ieder een lid en een plaatsvervangend lid).

De SGRC verantwoordt zich voor haar werkzaamheden in het jaarverslag dat aan het Hoofdbestuur van de KNMG wordt uitgebracht.

De SGRC wordt bijgestaan door een CvD voor elke tak (arbeids- en bedrijfs-geneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, jeugdgezondheidszorg, algemene gezondheidszorg, tuberculosebestrijding en sportgeneeskunde) en vier vaste werkgroepen ('takloos', regelgeving, kwaliteitsbewaking opleidingsinstituten en reglement van orde).

De CvD's bestaan uit geregistreerden in de desbetreffende tak van sociale geneeskunde, die worden benoemd door de SGRC in overleg met de desbetreffende commissie en wetenschappelijke vereniging.

De werkgroepen bestaan uit (plaatsvervangend) leden van de SGRC en de secretaris SGRC.

De taakverdeling tussen SGRC en CvD's is dat de SGRC zich zoveel mogelijk beperkt tot vast- en bijstellen van beleid (skaders), waarbinnen de CvD's tussentijdse verzoeken van individuele cursisten kunnen beoordelen die op hun advies door de secretaris van de SGRC worden afgehandeld.

Verzoeken tot registratie worden behandeld door de Commissie van Gedelegeerden (voorzitter, ondervoorzitter en secretaris). Aanvragen waarover deze geen eensluidend oordeel heeft worden conform regelgeving aan de SGRC voorgelegd (gebundeld per probleemsoort en geanonimiseerd).

Besluitvorming in de SGRC over individuele zaken wordt beperkt tot die verzoeken tot registratie waarin dit reglementair is voorgeschreven. In het verslagjaar werd in dat kader vergaderd over en unaniem besloten tot registratie in de tak sportgeneeskunde van prof.dr W. Mossterd, hoogleraar sportgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Het bureau

Voor de uitvoering van de administratieve werkzaamheden en voor voorbereiding en uitvoering van de besluiten en beleid beschikt de SGRC over een bureau.

Het bureau van de SGRC is gevestigd in Domus Medica; het bestaat uit de secretaris van de SGRC (60%) en twee mede-

werksters (samen circa 80%). In september werd voor zes maanden een extra medewerkster aangetrokken om een achterstand in het invoeren van gegevens in het Artsen Informatie Systeem in te lopen. Het personeel van het bureau is in dienst van de KNMG. Het bureau maakt waar en voor zover mogelijk gebruik van het facilitair bedrijf van de KNMG.

De kosten van het bureau en van de dienstverlening door de KNMG worden gedekt door de inkomsten van de commissie, bestaande uit gelden die verschuldigd zijn bij inschrijving in het opleidingsregister respectievelijk opname in het register van erkende sociaal-geneeskundigen. In 1993 bedroegen de bijdragen voor de individuele arts f 600 respectievelijk f 500, waarmee de begrote uitgaven ad f 288.000 nagenoeg zouden kunnen worden gedekt.

Activiteiten 1993

In 1993 vonden door en vanwege de SGRC de volgende activiteiten plaats:

- vergaderingen op 11 maart, 9 september en 25 november;

- een bijeenkomst op 1 april van CvD's arbeids- en bedrijfs-geneeskunde en verzekeringsgeneeskunde met de opleiders in die takken over een aanpak van de consequenties van de instelling van de hoofdstroom 'occupational medicine';
- een studiedag op 1 juni voor het formuleren van uitgangspunten voor een visitatieplan voor de opleiding sportgeneeskunde. Aan deze studiedag, die werd georganiseerd in samenwerking met het NIOS, werd deelgenomen door vertegenwoordigers uit een brede kring van betrokkenen bij de opleiding tot sportarts onder leiding van Raadgevend Bureau Berenschot;

- een studiedag op 30 september voor de (plaatsvervangend) leden van SGRC en haar CvD's, het CSG, hoofden opleiding en cursusleiders van de sociaal-geneeskundige opleidingsinstituten en genodigden uit de kringen van de wetenschappelijke verenigingen, LVSG en KNMG. Tijdens deze studiedag, die werd voorgezeten door prof.dr G. Brenninkmeijer, directeur van de SSG, vond een bezin-

ning plaats op de rol en positie van CvD's in de toekomst.

Continuïteit in beleid

De SGRC streeft naar een stelsel waarin het toezicht op de opleidingsinstituten zodanig is dat erkenning van een instituut garant staat voor een goede opleiding, waarbij de commissie individuele zaken in hoge mate aan instituut en cursusleider kan overlaten. Daarvoor is nodig, zoals ook in het jaarverslag over 1992 werd aangegeven, dat een stelsel van criteria wordt ontwikkeld dat dit mogelijk maakt. Daarnaast is aanpassing van structuur en werkwijze een aandachtspunt. Al in 1992 gaf de commissie aan voor aansluiting te voelen aan eisen van onpartijdigheid, deskundigheid en brede acceptatie die voor certificatie uitgangspunt zijn; op de studiedag van 30 september werd dit opnieuw bevestigd. In 1993 heeft de commissie ten aanzien van de voortgang in het beleid een pas op de plaats gemaakt doordat de secretaris na een ongeval in mei geruime tijd afwezig en vervolgens maar beperkt inzetbaar was. Geen vorderingen werden daardoor gemaakt in de verdere uitwerking van een nieuwe visitatiestructuur voor opleidingsinstituten en bij het beschrijven van criteria voor begeleiding van praktijk-scholing; maar in beperkte mate kon worden deelgenomen aan de toestand-koming van het Eindrapport van de Werkgroep Herstructureringsorganisatie (Her)registratie (secretaris-generaal en secretarissen colleges en registratiecommissies). Deze werkgroep HOR formuleerde in het vervoltraject van het organisatieonderzoek in 1992 door Raadgevend Bureau Berenschot voorstellen voor herstructurering van de publiek-rechtelijke taak van de KNMG. Ook de voortgang in de tweede CSG/SGRC Werkgroep Herregistratie stokte. Een belangrijke stap in de lijn van het beleid van de SGRC werd echter wel gezet: het LOSGIO werd uitgenodigd een vaste vertegenwoordiger in de SGRC af te vaardigen. De uitnodiging geldt voorlopig tot eind 1994, met de bedoeling deze bij positieve evaluatie definitief te maken.

Hoofdaandachtspunt: van hoofdstromen en takken

De beleidslijn van het CSG om af te stappen van de traditionele indeling van de sociale geneeskunde in takken en te kie-

zen voor twee brede hoofdstromen: 'occupational medicine' en 'community medicine' heeft in het verslagjaar de gemeederen bezig gehouden. Het CSG had namelijk tevens verklaard, dat op korte termijn experimentele opleidingen in een hoofdstroom mogelijk moesten zijn, maar een structuur en de criteria om experimenten te toetsen ontbraken. Ook over het soort en de waarde van de registratie waartoe een experimentele opleiding zou leiden, ontbrak duidelijkheid. Tijdens de studiedag van 1 april werd vergeefs een poging gedaan overeenstemming te vinden tussen CvD's en cursusleiders in de *hoofdstroom occupational medicine* over criteria voor experimentele opleidingen. Hoewel de cursusleiders uit de verschillende instituten daarvan een vrij uniform beeld konden schetsen, stelden de deskundigen vast dat ook als basis voor experimentele opleidingen een duidelijk beroepsprofiel nodig is en dat ontbrak nog in 1993.

Het verzoek van NIPG en SSG tot goedkeuring van een experimentele opleiding Arts voor Arbeid en Gezondheid plaatste de SGRC dan ook voor een moeilijke opgave: goedkeuring van een opleidingsvoorstel waarvoor geen onderwijsdoelstellingen bestaan, voor het opleiden van een beroepsgenoot waarvan geen beroepsprofiel is. Weliswaar werd in het opleidingsvoorstel aangegeven op welke wijze het programma qua vorm en inhoud tot stand was gekomen, maar ook dat hielp de commissie niet echt verder, omdat zowel de middelen en criteria als de expertise ontbraken om een programma op die wijze te toetsen.

Tenslotte werd het programma aan de twee meest betrokken CvD's voorgelegd, die in een gezamenlijke vergadering hun voorzitters machtigden een standpunt voor te bereiden. In samenwerking met de secretaris van de SGRC formeerden dezen de Overleggroep AAG met een lid uit elk van beide Commissies Onderwijs van NVAB en NVVG en drie arbo-artsen met dubbele opleiding tot verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts. Vervolgens formuleerden de twee CvD's in een gezamenlijke vergadering medio december een advies voor de SGRC. Wat betreft de *hoofdstroom community medicine* namen de voorzitter van de SGRC als zodanig en diverse leden van de commissie uit anderen hoofde deel aan een invitational conference op 2 december georganiseerd door de NSPH als

eerste verkenning voor (experimentele) opleidingen in die hoofdstroom.

Overige activiteiten

In november kwam de in 1992 ingestelde ad hoc SGRC-werkgroep 'Berenschot' bijeen, die het Eindrapport Herstructureringsorganisatie (Her)registratie besprak. Hoofdconclusie voor de SGRC naar aanleiding van het wat teleurstellende rapport was, dat in ieder geval op z'n minst voor de registratiewerkzaamheden in de sociale geneeskunde moet worden gezocht naar een structuur en werkwijzen die passen in een certificeerbaar kwaliteitssysteem.

In oktober en december vonden twee bijeenkomsten plaats over het Eindrapport HOR van de voorzitters en secretarissen van de colleges en andere registratiecommissies, waarvan de tweede met en op verzoek van het Hoofdbestuur van de KNMG.

De secretaris heeft, als regel samen met voorzitter of secretaris van de desbetreffende CvD en een vertegenwoordiger van het LOSGIO, in de tot half mei gestarte nieuwe cursusgroepen een introductie verzorgd over de structuur van het stelsel voor opleiding en registratie, de SGRC en CvD's en daarbij de voornaamste regelgeving toegelicht.

De secretaris woonde als regel de vergaderingen van het CSG en van de CvD's arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en algemene gezondheidszorg bij, alsmede (delen van) de vergaderingen van de CvD's voor de takken jeugdgezondheidszorg, verzekeringsgeneeskunde en sportgeneeskunde. Daarnaast voerde zij frequent overleg met de voorzitters en/of secretarissen van de CvD's en met cursusleiders van de verschillende instituten.

Bureau

Binnen Domus Medica nam de secretaris deel aan het Periodiek Overleg Secretarissen (secretaris-generaal, colleges en registratiecommissies), behoudens in de periode mei/september, aan de vergaderingen van de Coördinatie Commissie Medisch Onderwijs Continuüm (tot mei), aan de Werkgroep HOR (tot mei) en aan de ondernemingsraad van de KNMG (tot mei). Frequent overleg vond plaats met A.L.J.E. Martens, secretaris van het CSG en tevens directeur van de LVSG, in beide hoedanigheden.

In de eerste maanden van het jaar werden in concept alle procedures en admini-

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

stratieve processen van de SGRC beschreven; door de omstandigheden vond definitieve beschrijving en samenvoeging in een procedurehandboek nog niet plaats.

Binnen het bureau is mw D. Hennevelt-Wolters wat betreft de SGRC beheerder voor het Artsen Informatie Systeem en in die hoedanigheid maakte zij deel uit van de Acceptatiegroep AIS, later omgezet in de Permanente Gebruikersgroep AIS. In deze groep stellen de gebruikers van het AIS geconstateerde moeilijkheden en onverwachte beperkingen van het systeem aan de orde. Helaas moesten de bijeenkomsten van de gebruikersgroep eind november 1993 voor onbepaalde tijd worden opgeschort in verband met prioriteiten binnen de KNMG.

Aan het einde van het verslagjaar werd het bureau overspoeld met verificatie-aanvragen van aspirant-arbodiensten, voor de behandeling waarvan in goed overleg met het Projectbureau Certificering Arbodiensten van het ministerie van SZW een procedure was afgesproken. Het bureau verzorgt de administratie voor de CvD Jeugdgezondheidszorg en verleent hand- en spandiensten aan twee andere CvD's.

Nabeschouwing

Tijdens de totstandkoming van een jaarverslag realiseert men zich hoe traag de ontwikkelingen voortgaan. Voor een deel komt dat door de ingewikkelde structuren waarbinnen besluitvorming tot stand komt. Daarbij valt op, dat commissies met uitvoerende taken zich ook op het terrein van beleidsvorming en -advisering gaan begeven, met het gevolg dat over één onderwerp op verschillende plekken verschillend beleid ontstaat, zowel binnen als buiten de beroepsgroep. De SGRC roept op om de aanpassingen in de huidige regelgeving, nodig in het kader van het Hoofdstromenbesluit van het CSG en ter voldoening aan de Wet BIG, mede te gebruiken om een structuur te creëren waarbij alle betrokkenen verenigd in het College Sociale Geneeskunde, 'wet'gevend orgaan ex art. 14 Wet BIG, gezamenlijk het beleid over inhoud van opleidingen vertalen in duidelijke regelgeving en heldere criteria: een 'synergetische' structuur zal een groot positief effect kunnen hebben op de effectiviteit en impact van de beroepsgroep sociaal-geneeskundigen.

mr P.A. van Tilburg-Hadders,
secretaris

Salarisrichtlijn doktersassistenten per 1 juli 1994

K N M G

De salarissen van de doktersassistenten die werkzaam zijn in een huisartspraktijk en die vallen onder de CAO worden per 1 juli 1994 verhoogd met 0,8%. Tussen

haakjes staan de salarissen per 1 januari 1994.

De overhevelingstoeslag bedraagt voor 1994 11,6%

Het maandsalaris exclusief overhevelingstoeslag bedraagt:

	schaal I niet-gediplomeerde doktersassistenten		schaal II gediplomeerde doktersassistenten	
1e dienstjaar	f. 1.358,--	(f. 1.347,--)	f. 2.283,--	(f. 2.265,--)
2e dienstjaar	f. 1.601,--	(f. 1.588,--)	f. 2.413,--	(f. 2.394,--)
3e dienstjaar	f. 1.877,--	(f. 1.862,--)	f. 2.542,--	(f. 2.522,--)
4e dienstjaar	f. 2.209,--	(f. 2.191,--)	f. 2.687,--	(f. 2.666,--)
5e dienstjaar	f. 2.319,--	(f. 2.301,--)	f. 2.847,--	(f. 2.824,--)
6e dienstjaar	f. 2.435,--	(f. 2.416,--)	f. 3.040,--	(f. 3.016,--)
7e dienstjaar	f. 2.556,--	(f. 2.536,--)	f. 3.174,--	(f. 3.149,--)
8e dienstjaar			f. 3.312,--	(f. 3.286,--)
9e dienstjaar			f. 3.575,--	(f. 3.547,--)
10e dienstjaar e.v.			f. 3.799,--	(f. 3.769,--)

Zie voor de voorwaarden de CAO voor doktersassistenten van de LHV.

KNMG - COLOFON

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

KNMG-informatielijn

030-823339

KNMG-antwoordapparaat

030-823201

Telefax

030-823326

Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter,
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter,
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
mw H.A. Bouwman

Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, secretaris-generaal
dr R.J.M. Dillmann, secretaris-arts
mw dr W.R. Kastelein, secretaris-jurist
R.J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR
K. Theunissen, hoofd financieel-economische
en administratieve zaken

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging
drs Chr. R.J. Laffrèe, algemeen directeur
mw G.J.M. Venneman, informaticus

LSV

Landelijke Specialisten Vereniging
drs F.W.M. Hol, directeur
J.H. v. Doorn-Knul, hoofd communicatie

LAD

Landelijke vereniging van Artsen
in Dienstverband
mr A.W.J.M. van Bolderen, directeur
mw J.C. Steenbrink, secretaresse

LVSG

Landelijke Vereniging van
Sociaal-Geneeskundigen
A.L.J.E. Martens, directeur
mw J.A. van Walderveen-van der Louw,
secretaresse.

CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van
medische specialisten
mr J.C. de Hoog, secretaris
mw C.S. de Jong, secretaresse

CSG

College voor Sociale Geneeskunde
mr J.C. de Hoog, secretaris
mw C.S. de Jong, secretaresse

CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en
Verpleeghuisgeneeskunde
mr J.C. de Hoog, secretaris
mw C.S. de Jong, secretaresse

SRC

Specialisten Registratie Commissie
dr J. Felderhof, secretaris
mw J.M. Koornneef, wnd bureauhoofd

SGRC

Sociaal-Geneeskundigen
Registratie Commissie
mr P.A. van Tilburg-Hadders, secretaris
mw D. Hennevelt-Wolters, secretaresse
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts
Registratie Commissie
dr L.R. Kooij, algemeen secretaris
N.F. de Pijper, secretaris
mw drs E.T. Wismeijer, chef de bureau

Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, bibliothecaris
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
1012 WP Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter
bureau-adres Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

A M B U L A N T**- 6 SEPTEMBER - DI.**

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:
PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerp: 'OME' en 'Gokverslaving bij middelbare scholieren'.

Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg.
Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.

- 8 SEPTEMBER - DO.

De Eenhoorn te Amersfoort:
symposium 'Outpatient treatment with parenteral antimicrobial agents', georganiseerd door de afdelingen Interne Geneeskunde en Klinische Microbiologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, bestemd voor internisten, kinderartsen, infectiologen, (medisch) microbiologen, ziekenhuisapothekers, ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars, alsmede allen die zijn geïnteresseerd in de ambulante zorgverlening.
Inlichtingen: A.W.L.M. van den Heuvel, tel. 02979-91509.

- 14 SEPTEMBER - WO.

Erasmus Universiteit te Rotterdam:
studiedag 'Kwaliteit van leven in medisch onderzoek'.
Doelgroep: klinische onderzoekers, huisarts-onderzoekers en allen die betrokken zijn bij patiëntgebonden onderzoek.
Inlichtingen: HCO, Erasmus Universiteit Rotterdam, mw M.A.F.H.W. Wenckebach, tel. 010-4087880.

- 15 EN 16 SEPTEMBER - DO./VR.

Hotel Heidepark te Bilthoven:
workshop 'Medisch management en ziekenhuisorganisatie', georganiseerd door de Erasmus Universiteit en de LSV.
Inlichtingen: Bureau LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 16 SEPTEMBER - VR.

Stadsparkaviljoen te Groningen:
themapag 1994 'Ongezonder genezen', georganiseerd door de Huisartsopleiding Groningen en de Deskundigheidsbevordering Noord-Nederland.
Inlichtingen: Secretariaat Huisartsopleiding Groningen, tel. 050-632974.

- 16 SEPTEMBER - VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:
congres 'Ouder- en Kindzorg ... Ook voor ouders?'
Doelgroep: wijkverpleegkundigen, cb-artsen, wetenschappers en anderen die zich betrokken weten bij de ontwikkeling binnen de Ouder- en Kindzorg.
Inlichtingen: IIT, tel. 05920-11914.

- 16 SEPTEMBER - VR.

Jaarbeurs te Utrecht:
consensusbijeenkomst 'Depressie bij volwassenen', georganiseerd door het CBO op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in samenwerking met onder andere

het Nederlands Huisartsen Genootschap.
Inlichtingen: CBO, tel. 030-960647.

- 16/17 SEPTEMBER - VR./ZA.

MECC te Maastricht:
internationale conferentie 'What do we owe the elderly? Allocating social and health care resources', georganiseerd door het Instituut voor Gezondheidsethiek in samenwerking met het Hastings Center.
Inlichtingen: Instituut voor Gezondheidsethiek, tel. 043-217575.

- 17 SEPTEMBER - ZA.

Orpheus te Apeldoorn:
congres 'Samenwerking arts - fysiotherapeut, nieuwe wegen', georganiseerd door de Stichting Ergonomie en Preventieve fysiotherapie.
Inlichtingen: S.T.E.P. Congresorganisatie, tel. 074-426688.

- 17 SEPTEMBER - ZA.

Radboudziekenhuis te Nijmegen:
congres 'Gezondheid en Milieu', bestemd voor geïnteresseerden in de gezondheid-milieuproblematiek.
Inlichtingen: mw drs M. Verheuve, tel. 010-4558201.

- 19 SEPTEMBER - MA.

Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Gehoorzaal KNO:
lezing met discussie 'Het gebruik van lichaamsmateriaal in onderzoek', georganiseerd door het Nijmeegse Colloquia voor Medische Ethiek.
Inlichtingen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Ethiek, tel. 080-615320.

- 21 EN 28 SEPTEMBER, 5 OKTOBER -

Scandic Crown Hotel te Utrecht:
leergang 'Financieel Management van non-profit organisaties', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.
Inlichtingen: mr N.J. Mookhoek en mw N. van 't Hoen, tel. 010-4349966.

- 22 SEPTEMBER - DO.

Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:
cursus 'Vorderingen in de verpleeghuis-geneeskunde'.
Doelgroep: (verpleeg)huisartsen, klinisch gerieters en zij die in opleiding zijn voor deze specialismen.
Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-275292.

- 22 SEPTEMBER - DO.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:
PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat', bestemd voor: onder anderen huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen (de cursus vindt ook plaats op 24 november).
Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.

- 22 T/M 24 SEPTEMBER -

Golden Tulip te Amsterdam:
Combined Meeting Dutch Pain Society &

Pain Society of Britain and Ireland.

Inlichtingen: Congressecretariaat (Tonne Verdonk), tel. 040-852212.

- 23 SEPTEMBER - VR.

De Schakel te Nijkerk:
themapag 'Ethisch handelen in de dienstverlening aan mensen met een handicap'.
Doelgroep: artsen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden.
Inlichtingen: Stichting Dienstverleners Gehandicapten; T. van Dillen/ mw L. Francissen, tel. 030-331121.

- 29 SEPTEMBER - DO.

Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht:
themapag 'Ouderenzorg en dwang'.
Doelgroep: hulpverleners uit ambulante en intramurale zorg, organisaties met betrekking tot de ouderenzorg.
Inlichtingen: Medilex Seminars, tel. 030-720977.

- 29 SEPTEMBER - DO.

De Doelen te Rotterdam:
Nationaal Congres 1994 'Chip)cards in de gezondheidszorg, grootschalige invoering loont!'
Doelgroep: managers en professionals in de zorgsector, artsen, specialisten, apothekers en zorgverzekeraars.
Inlichtingen: congressecretariaat (Judith Moonen), tel. 010-4349966.

- 29 SEPTEMBER - DO.

Concertgebouw Haarlem:
mini-symposium 'High care, ons een zorg; de continuïteit van intensieve zorg tijdens de overplaatsing van patiënten per ambulance', georganiseerd door de Ambulancedienst Alkmaar, -Schagen en -Kennemerland, bedoeld voor de direct betrokkenen bij de ambulance-hulpverlening.
Inlichtingen: mw J. Eleveld, tel. 023-151530.

- 29 EN 30 SEPTEMBER - DO./VR.

Hotel Inttel te Zutphen:
werkconferentie 'Managementparticipatie van medisch specialisten, op weg naar een andere organisatie?', georganiseerd door het NZI.
Inlichtingen: Dienst Opleidingen & Congressen NZI, mw M. Donkersloot, tel. 030-739291.

- 30 SEPTEMBER - VR.

Jaarbeurs te Utrecht:
conferentie '20 jaar WCC'.
Doelgroep: medici, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, paramedici, onderzoekers.
Inlichtingen: secretariaat WCC, tel. 079-687362.

- 30 SEPTEMBER - VR.

Congres- en vergadercentrum VNZ te Zeist:
symposium 'Wie krijgt het voor het zeggen in de gezondheidszorg in de provincie?'
Doelgroep: consumenten- en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, leden Provinciale Staten, leden Tweede Kamer.
Inlichtingen: 030-582237.